

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Aparecida, Antônio Prado/RS

Jaroslav Fleites Martínez

Pelotas, 2015

Jaroslav Fleites Martínez

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Aparecida, Antônio Prado/RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Patrícia Germânia da Silva

Co-orientadora: Niviane Genz

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

M385m Martínez, Jaroslav Fleites

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Aparecida,
Antônio Prado/RS / Jaroslav Fleites Martínez; Patrícia Gernânia Da
Silva, orientador(a); Niviane Genz, coorientador(a). - Pelotas: UFPel,
2015.

87 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de
Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Silva, Patrícia Gernânia Da,
orient. II. Genz, Niviane, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicada para meus professores que me ensinaram tudo o que sei, pois sem eles não teria sido possível chegar onde estou agora.

Agradecimentos

Na minha formação profissional. Este presente simboliza a minha gratidão por toda a responsabilidade e ajuda preciosa que sempre me deu.

Ao tradutor do Google, sem o seu apoio não teria sido capaz de completar este trabalho.

Resumo

MARTINEZ, Fleites, Jaroslav. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Aparecida, Antônio Prado/RS**. 2015. 87f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

No mundo há um acentuado envelhecimento da população e no Brasil, ocorre uma situação semelhante e o sistema de saúde cria estratégias para melhorar a assistência aos idosos que integra o indivíduo, família e comunidade. Devido à alta incidência nessa faixa etária de doenças crônicas e outras morbidades é necessário manter o controle das mesmas para planejar adequadamente as diferentes ações. Em geral, os cuidados de saúde praticados na Atenção primária à saúde em Unidade do modelo tradicional são focados na visão clínica da medicina. Assim, novos modelos de atenção, centradas na saúde da família deve priorizar ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde. Por esta razão julgamos cauteloso realizar uma intervenção em saúde em nossa unidade que poderia contribuir de forma satisfatória na saúde da pessoa idosa, ampliando a cobertura dessa população e colocando em prática um conjunto de ações que, sem dúvida, nos conduziria a uma maior qualidade dos cuidados de saúde que lhes são prestados. A intervenção foi realizada entre os meses de abril e junho de 2015, com ações que foram voltadas para a qualificação da prática clínica, engajamento público, organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação. Foi utilizado o protocolo do Ministério da Saúde. Nosso universo de trabalho consistiu na população total da área de abrangência, compreendendo 5806 habitantes e a população alvo foram os idosos cadastrados e residentes na área com um total de 581 idosos ficando próximo das estimativas nacionais de população. Os dados coletados foram extraídos durante a consulta individual através do preenchimento das fichas-espelho além de algumas informações extraídas dos prontuários, estes posteriormente foram inseridos em uma planilha de coleta de dados. Durante a evolução da intervenção, observou-se ascensão do número de idosos maiores de 60 anos inscritos no programa, sendo que no 1º mês tínhamos 74 perfazendo 12,7% de idosos inscritos, ao 2º mês 141 (24,3%) idosos e ao 3º mês alcançamos a 182 idosos per fazendo uma cobertura de (31,3%) com melhoria substancial na qualidade do atendimento mantendo indicadores de qualidade próximos a 100% para todos os idosos avaliados bem como um controle adequado sobre este grupo etário e seus fatores de risco. A intervenção realizada colaborou para o fortalecimento da união da equipe, além disso, também permitiu a todos os membros da equipe organizar o seu trabalho de acordo com as funções individuais de cada um e teve um impacto positivo sobre o desenvolvimento das ações remanescentes que são realizadas em nossa unidade. A intervenção também contribuiu como uma estratégia de reorganização da atenção à saúde em nosso serviço, melhorou a forma do registro e o agendamento dos usuários idosos. A sua classificação de risco permitiu, atenção individualizada a esse importante grupo de usuários com maior risco oferecendo serviços de prevenção, promoção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; saúde do idoso; assistência domiciliar; saúde bucal.

Lista de Figuras

- Figura 1 Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso 59
na UBS Aparecida, Antônio Prado, RS, 2015.
- Figura 2 Gráfico da proporção de idosos com prescrição de 61
medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS
Aparecida, Antônio Prado, RS, 2015.
- Figura 3 Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de 62
locomução cadastrados na UBS Aparecida, Antônio Prado, RS,
2015.
- Figura 4 Gráfico da proporção de idosos com primeira consulta 64
odontológica programática na UBS Aparecida, Antônio Prado,
RS, 2015.
- Figura 5 Gráfico da proporção de idosos faltosos às consultas que 65
receberam busca ativa na UBS Aparecida, Antônio Prado, RS,
2015.
- Figura 5 Gráfico da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da 66
Pessoa Idosa na UBS Aparecida, Antônio Prado, RS, 2015.

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RS	Rio Grande do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	20
2 Análise Estratégica.....	22
2.1 Justificativa	22
2.2 Objetivos e metas	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	23
2.3 Metodologia	25
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores.....	43
2.3.3 Logística.....	49
2.3.4 Cronograma	53
3 Relatório da Intervenção	54
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	54
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	59
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	60
4 Avaliação da intervenção	61
4.1 Resultados	61
4.2 Discussão	70
5 Relatório da intervenção para gestores.....	73
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	76
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	78
Referências	80
Anexos	81

Apresentação

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS. A partir de uma análise situacional e estratégica do serviço foi realizada uma intervenção em saúde visando qualificar a atenção a saúde do idoso, na UBS Aparecida, localizada no município de Antônio Prado, RS.

Este volume engloba, no primeiro capítulo a **Análise situacional**, com a descrição da situação da atenção primária e estratégia de saúde da família no município de Antônio Prado e dos principais problemas detectados na UBS, a relação entre eles; No segundo capítulo, apresentamos a **Análise Estratégica**, apresentada a partir da organização de um projeto de intervenção, que contém informações sobre os objetivos, as metas, ações, indicadores, logística e cronograma das ações; O terceiro capítulo aborda a questão do **Relatório da Intervenção** que descreve os principais aspectos da implantação das ações propostas; O **relatório dos resultados da intervenção**, que são discutidas no quarto capítulo, aborda a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos e a importância desses resultados para a equipe, para o serviço de saúde e para a comunidade; No quinto e sexto capítulo são abordadas as **considerações finais** com o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade. E por fim, no último capítulo consta uma **reflexão crítica sobre o meu processo de aprendizagem**, a partir das minhas expectativas iniciais e vivenciadas ao longo do curso além de referências e anexos utilizados para a elaboração do projeto e da intervenção.

1Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Antônio Prado é uma cidade da Serra Gaúcha, Rio Grande do Sul, localizado a 184 km da capital do estado, Porto Alegre. Agora considerada a cidade com a maior influência italiana no Brasil. Possui uma população aproximada de 13.908 habitantes, segundo o Censo de 2010. Destas, 9.235 pessoas pertencem à área urbana. Mais de 95% são de origem europeia e com um nível socioeconômico razoavelmente apropriado, 5% da população pertence à classe desfavorecida, onde a minha unidade está inserida.

Em nossa cidade existem quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) no modelo tradicional de atendimento, duas das unidades pertencentes à área urbana servidas por cinco ESF e duas unidades na área rural servido por duas das cinco equipes que se dividem meio turno de atendimento em área rural. Nessa área, o médico atende 2 turnos em consultas e visita domiciliar segundo a agenda programada em reunião de equipe. O atendimento das unidades rurais são supervisionados pelas enfermeiras sendo que um técnico de enfermagem da equipe atende diariamente o agendamento das consultas, curativos, informações e agenda do dentista, os médicos que trabalham nestas unidades pertencem ao programa PROVAB. As cinco equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem o município, se encontram nas duas UBS urbana. Não temos nenhum núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o nosso município não aderiu ainda a este programa, também não temos Centro Especializado de Odontologia (CEO). Para apoiar as atividades do Sistema Único de Saúde (SUS) temos um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e um hospital de baixa complexidade, com 50 leitos.

Além disso, contamos com uma rede de laboratórios credenciados pelo SUS, que fornecem suporte e cobertura para tal, a rede de laboratório fornece um número limitado de testes adicionais em baixa tecnologia e acesso à ultra-sonografia e Raio X. Existem várias farmácias populares, e o apoio de quase todas especialidades clínicas, exceto neurologia e dermatologia. Agora 100% da população conta com cobertura de saúde. Isso foi possível graças aos programas do Governo Federal Mais Médicos e PROVAB, sendo dois médicos pelo PROVAB e três médicos do Programa Mais Médicos.

Na Unidade de Saúde Aparecida, localizada na área urbana, no bairro de mesmo nome, tem duas equipes de saúde e cada uma tem um médico do programa de assistência à família. Além destes, em nossa unidade trabalham um ginecologista, um pediatra, um dentista, um psicólogo, uma nutricionista e uma assistente social que prestam atendimento especializado para todo o município e não fazem parte da estratégia de saúde da família. Além dos médicos do programa de assistência à família, cada equipe tem uma enfermeira e vários Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Atualmente uma equipe está incompleta, mas está sendo melhor estruturada. Tudo isso com uma ligação estreita com outras instituições de saúde no município pertencente ao SUS.

A unidade tem boas condições estruturalmente. Recentemente a UBS passou por um processo completo de reforma, cujo recurso foi oriundo do Governo Federal – Programa Requalifica UBS. A UBS é ampla, temos consultórios, salas de cuidados de enfermagem, vacinação, observação e classificação dos usuários para diferentes tipos de cuidados, também temos duas grandes salas e auditório para desenvolvimento de atividades de promoção e educação em saúde e palestras. Realizamos encontros com diferentes grupos de trabalho que foram criados para atender as necessidades específicas de cada um como, por exemplo, grupos de gestantes, idosos, hipertensos e/ou diabéticos e grupo de adolescentes, ainda em processo de formação.

Algumas das dificuldades que prejudicam a qualidade dos cuidados prestados é a falta de aparelhos de ar condicionado em algumas áreas como na sala de consulta, sala de vacina e sala de observação, tudo isso, no processo de licitação pelos gestores municipais como parte da reforma. Outra das dificuldades fundamentais dentro da estrutura da UBS que identificamos e, na minha opinião, que mais afetam seu desempenho e atendimento integral desejado, sem a presença dentro de suas instalações é um espaço para farmácia e local para armazenar e dispensar medicamentos necessários para o tratamento de acordo com os protocolos de atendimento. Este lugar, neste momento, já planejado para ocupar um espaço para essas funções, faltando apenas a contratação de profissionais para realizar este trabalho.

Em relação às atribuições das equipes podemos referir, em primeiro lugar, que contamos com todos os profissionais para fazer o trabalho, treinados e prontos cada um de acordo com a sua função. O trabalho é controlado e monitorado

sistematicamente pela enfermeira-chefe, as principais dificuldades estão na disponibilidade de acesso a diferentes especialidades médicas, como cirurgia ortopédica, neurologistas, dermatologistas, gastroenterologistas e outras especialidades em alta demanda, o que traz como consequência um atraso no atendimento de usuários carentes e, portanto, diminui a resolutividade das ações de saúde que são realizadas com esses usuários. Outro problema que afeta diretamente o desempenho adequado do trabalho da equipe é a falta de exames laboratoriais, para dar um acompanhamento adequado das diferentes patologias, necessidade excede a oferta deste serviço.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Antônio Prado está localizada na Serra Gaúcha, no Rio Grande do Sul, a 184 km da capital do estado, Porto Alegre, a uma latitude 28°51'30" sul e a uma longitude 51°16'58" oeste, estando a uma altitude de 658 metros. Possui uma área de 343,28 km² e sua população estimada em 2010 era de 13.908 habitantes. Densidade demográfica real é 37 hab/km²

Ficou estabelecido em 1885 pelo Imperador do Brasil e por outras autoridades, que durante o período de 1886/87, seria criado um núcleo de colonização na margem direita do Rio das Antas. Este núcleo não tinha nome, por isso, o Bacharel Manoel Barata Góis, engenheiro-chefe da Comissão de Medição de Lotes, sugeriu e solicitou que fosse dado à nova colônia o nome de Antônio Prado, em homenagem a Antônio da Silva Prado, fazendeiro paulista que como Ministro da Agricultura da época, promoveu a vinda dos imigrantes italianos ao Brasil e instalou núcleos coloniais no Rio Grande do Sul.

A Serra Gaúcha já era habitada por índios caigangues desde tempos imemoriais, mas estes foram desalojados violentamente pelos chamados "bugreiros", dentro de uma política oficial do governo brasileiro de "embranquecimento" da população brasileira. Isto abriu espaço, no final do século XIX, para que o governo do Império do Brasil colonizasse a região com uma população europeia.

Antônio Prado foi a última colônia italiana criada pelo governo imperial. Em 1886, os primeiros italianos se instalam na região, dedicando-se à pequena agricultura. Atualmente, é considerada a cidade com maior influência italiana no Brasil. É uma cidade formada em sua imensa maioria por brasileiros de ascendência

européia, possuindo uma das maiores porcentagens de ítalo-brasileiros do país. As outras etnias europeias compõem uma pequena minoria, enquanto que pessoas de origem africana, mestiça e indígena compõem o restante.

A cidade possui o maior e o mais completo conjunto arquitetônico da colonização italiana no Brasil, com 48 imóveis do centro urbano tombados pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional desde a década de 1980. Outros imóveis na zona rural de Antônio Prado igualmente sobreviveram ao tempo e se revestem de grande valor histórico e arquitetônico, como marcos da colonização italiana no sul do Brasil.

A UBS Aparecida localizada na área urbana da cidade atende a uma população aproximada de 5806 habitantes com duas Equipes de Saúde cada um tem um médico do programa de assistência à família. Além destes, em nossa unidade trabalham um ginecologista, um pediatra, um dentista, um psicólogo, uma nutricionista e uma assistente social que prestam atendimento especializado para todo o município e não fazem parte da estratégia de saúde da família. Além dos médicos no programa de assistência à família, cada equipe tem uma enfermeira e vários ACS.

A estrutura física possui consultórios, salas de cuidados de enfermagem, sala de vacinas, sala de triagem e classificação dos usuários para diferentes tipos de cuidados, duas salas grandes e um auditório para desenvolvimento de atividades de promoção e educação em saúde bem como palestras para a comunidade.

Entretanto, não temos dados que caracterizem o perfil demográfico (sexo/idade) destes moradores. O mapeamento da área foi atualizado recentemente, mantendo registro da população por meio dos ACS, até agora não foi observada diferença significativa na prevalência na população de um determinado sexo. Acreditamos que o serviço prestado na unidade é suficiente para fornecer cuidados de qualidade para este número da população.

São realizadas atividades de acolhimento da população e manejo do excesso de demanda. Uma das dificuldades reside no atendimento odontológico, pois temos dentista, ele conta com uma sala equipada para oferecer um atendimento de qualidade, mas não temos técnico de atendimento odontológico para permitir maior controle dos usuários e realização de atividades de promoção e prevenção da saúde, esse tipo de atendimento é limitado, apenas, a usuários que

procuram essa atenção. Este problema já foi discutido em diversas reuniões de equipe para incorporar o profissional nas atividades junto às família e comunidade.

Quando nos referimos ao comportamento da atenção à demanda espontânea na UBS, consideramos necessário destacar que o mesmo é adequado, pois tem todas as condições estrutural e profissionalmente para dar a devida atenção, há uma sala específica para este tipo de atividade e é desenvolvida no mesmo momento em que o usuário chega à unidade. Nesse processo, estão envolvidos principalmente técnicos de enfermagem, responsáveis pelo primeiro contato com os usuários e escutam todas as necessidades que eles expressam, realizam diversos procedimentos simples para facilitar o cuidado como verificação da pressão arterial, temperatura, altura e peso, entre outros.

Dependendo da necessidade individual de cada usuário, temos diferentes fluxogramas de cuidados, por exemplo, solicitar um serviço que é prestado na unidade, como a vacinação e procurar cuidados de enfermeiros, se necessário. O último é quem faz a primeira avaliação integral dos usuários e complementa sua atenção, e se o envolvimento médico é necessário, procura consulta e prioriza os casos de maior necessidade dentro dos compromissos agendados.

O acolhimento é realizado durante todo o horário de funcionamento da UBS, de forma contínua e com equidade. Como principal problema podemos constatar, o excesso de usuários que buscam atenção médica imediata, apesar de ter sido previamente avaliado pelo restante da equipe, há um número significativo de usuários que necessitam ser avaliados pelo médico para a resolução de seus problemas, o que resulta em um grupo de usuários incapazes de receber essa atenção e precisam ser encaminhados a outros níveis de atenção.

Quanto à saúde da criança, notamos que, infelizmente, não é realizada puericultura como uma prática padrão no atendimento deste grupo, de acordo com estimativas nacionais. A estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) disponibilizado pelo curso é de 70 crianças menores de um ano pertencentes à área de abrangência da unidade. No momento temos uma cobertura de 60% (42). Destas, 100% (42) está com as vacinas em dia, realizaram teste do pezinho e as mães e/ou responsáveis receberam orientações para o aleitamento materno exclusivo. Entretanto, nenhuma das crianças fez a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, está com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, está com avaliação do monitoramento do

crescimento e do desenvolvimento na última consulta, recebeu orientações para prevenção de acidentes, foi avaliada quanto à saúde bucal, realizou triagem auditiva e todas estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias.

Não há na UBS registros, documentos ou qualquer informação que nos permite avaliar esta atividade, no entanto, algumas ações são realizadas com uma qualidade bastante aceitável, como a vacinação e informação fornecida às mães sobre a importância do aleitamento materno exclusivo pelas enfermeiras da equipe. A avaliação do desenvolvimento pondero-estatural das crianças é conduzida pela nutricionista, mas limitado à avaliação de crianças entre zero e 2 anos e por demanda espontânea, não planejado, tal atenção limita avaliar crianças pré-inscritas para o programa bolsa família e a equipe não tem registros de crianças com fatores de risco associados com o estado nutricional, obesidade, desnutrição, entre outros.

Não há busca ativa de casos faltosos a consulta, vacinação BCG, teste do pezinho, olhinho e orelhinha são realizadas ao nascer no hospital, crianças somente voltam a consulta para atendimento de necessidades específicas, sem qualquer planejamento. A enfermeira também não executa, de forma planejada, atividades de puericultura, apenas se limita a fazer visitas domiciliares para as crianças que, sugeridas pelos ACS, servidos ocasionalmente e respondem a uma necessidade de atenção.

No momento o cuidado da criança na minha cidade é centralizado em um pediatra que se dedica apenas ao cuidado das crianças que vêm em busca de atendimento por algum problema de saúde específico e geralmente por demanda espontânea, a população por cultura ou preconceito vê isso como normal, o médico de saúde da família somente atende usuários, que pelo excesso de demanda, não são avaliadas pelo pediatra.

Estamos planejando palestras educativas, reuniões comunitárias, busca ativa de usuários em suas casas, desenvolvendo o tema em grupos de gestantes e rotineiramente as informações são fornecidas a elas nas consultas de pré-natal, a fim de criar uma base para manter a consulta de puericultura com um padrão de cuidados para a criança após o nascimento. Para fazer tudo isso é necessário que os ACS completem o cadastro de 100% das crianças pertencentes à área para organizar uma lista de todos os nomes de acordo com as faixas etárias mantendo-a sempre atualizada na UBS, pois isto permitirá organizar o agendamento de

consultas de puericultura, tornando possível a identificação de faltosos e posterior busca ativa.

Algo muito semelhante também acontece em relação à assistência pré-natal e puerpério em que o atendimento pré-natal é fornecido, na atenção básica, a todo o município por um Gineco-obstetra, o único responsável pelo cuidado das gestantes. O número de gestantes que recebem cuidados pelo SUS está bem abaixo das estimativas nacionais. Acompanhamos um total de 24 (42%) gestantes da estimativa de 58 gestantes para a área de cobertura segundo o CAP. Das 24 gestantes acompanhadas 100% (24) iniciou o pré-natal no 1º trimestre, foi solicitado na 1ª consulta os exames laboratoriais preconizados, receberam prescrição de sulfato ferroso bem como orientações para aleitamento materno exclusivo, estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, realizaram o exame ginecológico por trimestre recomendado, foi administrada a vacina Hepatite B e a vacina antitetânica, ambas conforme protocolo e nenhuma delas foi avaliada quanto à saúde bucal.

O especialista que acompanha as gestantes controla as ações relacionadas com sua atenção apenas pela ficha clínica, mas não tem nenhum registro específico que nos permite fazer uma avaliação dos indicadores de qualidade do cuidado, não são realizadas visitas domiciliares pelo médico às gestantes, às vezes, elas são visitadas pela enfermeira e a visita depende de alguma necessidade específica de atenção, sem que predomine a parte preventiva na ação. As ações de atenção à gestante não estão estruturadas de forma programática pelo que não há uso adequado do protocolo ou manual técnico, não se realiza busca ativa de gestantes faltosas à consulta.

Na análise do grupo de mulheres em puerpério, a situação é semelhante à das gestantes, pois apenas há registro das que recebem cuidados na unidade, o restante não possui nenhum controle e a realidade apresentada está muito abaixo do desejado. O indicador de cobertura da atenção ao puerpério é de 60% (42) do total de 70 puérperas estimadas para a área de abrangência da unidade com indicadores de qualidade de 100% (42) quanto à realização da consulta puerperal antes dos 42 dias pós-parto, possuem registro da consulta, orientações quanto aos cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo e sobre planejamento familiar, realização do exame das mamas, do abdome e avaliação

quanto à intercorrências. A um total de 100% (42) também foi realizado exame ginecológico e foram avaliadas quanto ao estado psíquico.

As principais debilidades encontradas e que impedem o bom funcionamento do programa é a concentração do cuidado pré-natal e puerpério na profissional Gineco-obstetra, que é responsável por quase 100% dos cuidados médicos, o que resulta em excesso de demanda para ela e diminui a qualidade das consultas. O médico geral serve apenas para atender solicitações quanto à atenção imediata para qualquer situação de emergência. É, portanto, uma redução significativa, o componente educacional necessário de acordo com a iniciativa de expansão, qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher no SUS. No momento estamos trabalhando para retomar o papel que corresponde a equipe básica de saúde neste tipo de atendimento, a partir da família e da comunidade, com ACS para mudar padrões de comportamento e cultural, que atentam contra esse processo. O assunto tem sido discutido de forma sistemática em reuniões de equipe. E como as crianças, primeiro é necessário para o controle adequado, ter uma lista detalhada de todas as gestantes e puérperas da comunidade o que nos permitirá planejar ações e identificar usuárias faltosas às consultas.

Outra questão a discutir nesta análise é a questão relacionada às medidas tomadas para prevenir o câncer de colo e de mama. Na UBS encontramos um problema comum para o bom desempenho das ações a serem realizadas por diferentes programas, pois se o controle do câncer de mama e útero, o pré-natal, puericultura, entre outros programas não possuem controle sobre o universo do trabalho para executar a ação, devemos fazer o re-mapeamento da área e também verificar a existência de micro-áreas que estão sem ACS para que possamos obter um registro de diferentes faixas etárias e avaliar os fatores de risco associados.

Segundo o CAP, temos um total de 1.599 mulheres entre 25 e 64 anos estimadas para a área de cobertura da Unidade de Saúde. Desta estimativa, desconhecemos o número de mulheres residentes e cadastradas na UBS. Também desconhecemos quantas estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, tiveram exames coletados com amostras satisfatórias, apresentaram células representativas da junção escamocolumnar na amostra coletada; estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado, possuem

avaliação de risco para câncer de colo de útero, receberam orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre doenças sexualmente transmissíveis.

Na verdade, as coletas de amostra para estudo citológico de laboratório são realizadas em consultas especializadas, momento em que as mulheres são orientadas, tanto pelo médico quanto pelo restante da equipe de saúde quanto a necessidade de realização do exame citopatológico periodicamente, bem como sobre os diferentes fatores de risco associados a esta doença e como preveni-las, essas ações são apenas registradas no prontuário médico da usuária.

Existe na unidade um registro para controlar os exames realizados e os seus resultados, mas não é mantido um acompanhamento adequado, somente é realizado o exame em mulheres que vêm voluntariamente para solicitar o mesmo. Não há controle sobre as mulheres que, de acordo com o programa, deveriam realizar os exames, nenhuma ação foi realizada na comunidade para engajar as mulheres quanto a essa necessidade. Estes problemas identificados foram abordados e discutidos nas reuniões da equipe e decidimos junto com a atualização do cadastro realizado na comunidade, retomar ações de controle e incentivar as mulheres para que venham à consulta e realizem o exame citopatológico. Precisamos também adequar os formulários de registro para melhorar a qualidade do atendimento. Mulheres que realizaram o exame recebem o resultado entre 30 e 45 dias após a coleta.

Uma situação semelhante foi encontrada na análise realizada para o controle do câncer de mama. As usuárias acompanhadas em consulta para doenças relacionadas a patologias da mama com recomendação de mamografia não são controlados adequadamente, não há incentivo para retorno das mulheres com os resultados para o devido registro dos em prontuário, apenas há alguns poucos registros clínicos de mulheres que vieram por iniciativa sua própria. Considera-se necessário a criação de um registro específico para controlar os resultados dessas mulheres para manter o controle e acompanhamento adequado. Necessitamos investir em busca ativa de casos em atraso ou pendentes, planejamento automático de mamografias anuais, ou seja, a usuária sai da unidade com a sua próxima consulta agendada de acordo com o programa.

Assim, do total de 600 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência da unidade estimadas pelo CAP não temos conhecimento do número de mulheres acompanhadas pelo serviço, pois desconhecemos quantas são as

mulheres que estão com mamografia em dia, se foram avaliadas quanto ao risco para câncer de mama, se estão com a mamografia com mais de 3 meses em atraso e se receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, há predomínio do método de cuidados clínicos, embora sejam realizadas ações para promoção à saúde, mas não são estruturados de forma planejada, há um grupo de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos (conhecido como HIPERDIA) com encontros semanais, mas o acesso a ele é totalmente espontâneo. O trabalho com estes grupos não é regido por nenhuma norma, protocolo ou manual técnico. Na UBS são realizadas algumas, ou quase todas, as ações mensuráveis como indicadores de qualidade do programa, mas não contamos com os mecanismos para controlá-los, não há registros detalhados desses usuários para nos permitir criar estratégias de ação, por exemplo, planejamento de consultas, busca ativa de usuários faltosos, cumprimento de cronograma de exames laboratoriais, avaliação de riscos, planejamento de atividades promocionais de saúde destinadas ao atendimento das diferentes necessidades, entre outros.

Para mudar isso é necessário estabelecer um sistema adequado de controle na UBS para nos permitir fazer uma avaliação das necessidades de cuidados dos usuários, além de permitir-nos estabelecer um sistema de monitoramento e pesquisa de usuários faltosos a consulta, atraso de exames laboratoriais, classificação de riscos cardiovascular para individualizar ações, e assim poder alcançar uma melhor qualidade no atendimento para estes grupos de usuários. Tudo isso para poder alcançar confiavelmente o registro de toda a população na área de abrangência.

Temos um total estimado de 1298 pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais. Destas, acompanhamos na Unidade um total de 28% (360) dos hipertensos residentes e cadastrados, mas não há dados registrados quanto a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, quantos receberam orientações sobre prática de atividade física regular e orientações nutricionais para uma alimentação saudável, quantos estão com os exames complementares periódicos em dia, possuem avaliação de saúde bucal ou estão em atraso das consultas em mais de sete dias.

Em relação ao Diabetes Mellitus a cobertura está em 24% (89) do total estimado de 371 diabéticos para a área segundo o CAP, mas também desconhecemos quantos realizaram estratificação de risco cardiovascular, quantos

estão com os exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, possuem registro de realização de palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, de medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, se receberam orientações sobre prática de atividade física regular, nutricional para alimentação saudável, avaliação de saúde bucal e nem quantos estão em atraso da consulta agendada em mais de sete dias. É necessário obter um registro completo e atual de todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes na comunidade para que possamos planejar ações e avaliar adequadamente a situação.

Para a atenção que é dada aos idosos, é exatamente o mesmo problema, cuidados de saúde, clínica de qualidade aceitável, onde são desenvolvidas diferentes atividades para melhorar a qualidade de vida desse importante grupo populacional, reduzir os efeitos e consequências de doenças crônicas, bem como para tentar reduzir os fatores de risco associados a eles, mas tudo isso sem um planejamento adequado, o que vem de encontro ao princípio da igualdade desejada do SUS.

Temos cadastrados na unidade 354 idosos perfazendo 45% da estimativa de 793 pessoas com 60 anos ou mais. Dentre os cadastrados, desconhecemos quantos dos idosos são hipertensos e quantos são diabéticos. Também desconhecemos o número dos idosos acompanhados que possui caderneta de saúde da pessoa idosa, que estão com o acompanhamento em dia, que possuem investigação de indicadores de fragilização na velhice, que possuem Avaliação Multidimensional rápida; possuem avaliação de risco para morbimortalidade realizada. Ainda, não sabemos quantos idosos receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e sobre a importância da realização de atividades físicas regulares e quantos possuem avaliação de saúde bucal.

Apesar da existência, na unidade, dos diferentes protocolos que regem este tipo de cuidados, o mesmo não é usado por nenhum profissional, como mencionado anteriormente, não há nenhum arquivo ou registro específico, além dos registros clínicos, em que todas as ações tomadas, incluindo avaliações de risco, pesquisas sobre os indicadores de fragilidade, avaliação nutricional e as indicações emitidas pelo médico são anotadas.

Há um grupo de trabalho com os idosos, desenvolvido na unidade com frequência semanal, mas a participação é muito baixa. Atualmente estamos

trabalhando para realizar ações na comunidade para aumentar o compromisso e responsabilidade destes usuários com a sua saúde e mostrar os benefícios a serem obtidos, em saúde, com a participação nesses grupos de trabalho, em que são ofertadas palestras e fornecidas informações sobre a prevenção de fatores de risco, complicações de doenças crônicas, bem como incentivo à realização de atividades físicas e mudanças para estilos de vida saudável.

Finalmente, apesar das óbvias limitações e fraquezas que temos, especialmente relacionada com a falta de planejamento; preconceitos e tabus que evocam medicina curativa como o único meio de promover saúde, tanto pela comunidade como por alguns profissionais; falta de pessoal, principalmente ACS para cobrir as micro-áreas que estão atualmente descobertas, o que resulta em ausência de controle adequado sobre 100% da população tornando impossível um planejamento eficaz; também têm pontos fortes importantes, pois UBS é nova, com boa condição estrutural e com todos os recursos necessários para prestar cuidados de qualidade, além de ter uma equipe técnica e profissional treinada e comprometida com as novas políticas de saúde, dispostos a trabalhar e criar um precedente na saúde da comunidade, família e indivíduos. Gestores municipais que nos apoiam e trabalham conosco para fazer mudanças e melhorar, assim, o atendimento prestado. Todas estas fraquezas tornam-se desafios para a realização de um trabalho efetivo junto à comunidade.

Como realizamos várias análises, identificamos vários problemas que foram sendo discutidos nos diferentes espaços criados para tais propósitos como reuniões semanais de equipe, reuniões com gestores municipais, reuniões informais, entre outras e apesar de estarmos longe de resolver os problemas criamos estratégias de intervenção para tentar mudar os velhos padrões. Assim, já foi possível começar o novo registro de usuários, bem como re-mapeamento da área como um primeiro passo para planejar as atividades de forma adequada e de acordo com o total da população.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Comparando com a análise feita anteriormente, sobre a situação da ESF/APS, esta foi realizada de forma superficial quanto a situação geral, pois quando a comparamos com este relatório percebemos os muitos desafios que

enfrentamos. Temos uma equipe treinada e pronta para o desafio, mas não estão organizados, quase todas as atividades de saúde são determinados pelas necessidades objetivas dos usuários e não pela necessidade de proporcionar saúde preventiva, a população não tem nenhuma responsabilidade em cuidar de sua própria saúde e a medicina continua a dar mais importância à doença do usuário do que à prevenção e promoção à saúde. O planejamento de consultas não é realizado de acordo com as normas e protocolos, mas, de acordo com as necessidades do momento e de forma espontânea.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem como principais diretrizes o envelhecimento ativo e saudável, atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, estímulo às ações Inter-setoriais, além do fortalecimento do controle social, garantia de orçamento, incentivo a estudos e pesquisas dentre outras (BRASIL, 2006). Internacionalmente, há um acentuado envelhecimento da população, no Brasil, ocorre uma situação semelhante e o sistema de saúde deve criar estratégias para melhorar a assistência aos idosos, que integra o indivíduo, família e comunidade (BRASIL, 2010). Devido à alta incidência nessa faixa etária de doenças crônicas e outras morbidades é necessário manter o controle deles para planejar adequadamente as diferentes ações (BRASIL, 2006a).

A UBS é ampla, possui 6 consultórios, salas de cuidados de enfermagem, vacinação, internação para observação e classificação dos usuários para diferentes tipos de cuidados, também temos duas grandes salas e auditório para desenvolvimento de atividades de promoção e educação em saúde e palestras, um espaço para farmácia e local para armazenar e dispensar medicamentos, esta última, ainda não está funcionando devido à falta de profissional, mas já em fase de recrutamento, não há barreiras para as pessoas com limitações físicas. A UBS possui duas equipes de saúde; cada um tem um médico do programa de assistência à família, uma enfermeira e vários ACS; um ginecologista, um pediatra, um dentista, psicólogo, uma nutricionista e uma assistente social que não fazem parte da estratégia de saúde da família. A população total é de 5.806 habitantes, destes, 581 foram identificados como pessoas de mais de 60 anos.

Atualmente, foi criado um grupo de trabalho para os idosos, chamado “TURMA DA CORAGEM” em que realizam diferentes atividades como palestras

educativas, atividades físicas, desenvolvimento de artesanato, tais como costura, atividades recreativas e culturais, entre outras atividades, sempre na perspectiva de promover estilos de vida saudáveis, diminuindo incidência de fatores de risco e melhorar a qualidade de vida.

Considero que é muito importante realizar este tipo de intervenção nesta unidade porque o atendimento ao idoso neste momento caracteriza-se por uma abordagem não planejada e puramente clínica. Não é dada a devida importância as diferentes medidas para incentivar estilos de vida saudáveis que podem resultar em melhoria da qualidade de vida desta população. Apenas destacamos a falta de ACS que pode dificultar o cadastramento total dos usuários que vivem nas áreas descobertas, pois ainda não temos registros confiáveis de toda a população para podermos planejar ações.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos idosos na UBS Aparecida em Antônio Prado/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70%.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Objetivo 5 – Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Objetivo 6 – Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas e visa aprimorar e organizar as ações direcionadas à melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade de Saúde da Família Aparecida no Município de Antônio Prado/RS. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Serão convidados a participar da intervenção 581 idosos pertencentes à unidade de saúde com 60 anos ou mais.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso.

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70%.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a cobertura dos idosos periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento: Discutir, uma vez por mês, em reuniões de equipe, o comportamento, durante o período, de cadastramento de novos usuários e avaliá-lo com base no total de idosos em nossa comunidade. Ao concluir o registro dos idosos em toda a área podemos avaliar aqueles que recebem atendimento pelo SUS periodicamente, bem como o por cento de cobertura. Responsável: Medico.

Organização e gestão do serviço: Acolher os idosos, cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde e atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: Garantir que todos os idosos que vêm à nossa UBS, todos os dias, sejam recebidos de forma adequada no local específico e priorizar o acolhimento deles pelas técnicas de enfermagem que trabalham na mesma. Através dos ACS é feito o cadastro de todos os idosos na comunidade, bem como aproveitar de todos aqueles que vêm para solicitar algum tipo de atendimento. Garantir a entrega de informação, em uma frequência mensal, a pessoa responsável pela atualização SIAB. Avaliar o cumprimento, em uma base mensal. Responsável: Enfermeira

Engajamento público: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde:

Detalhamento: Através dos ACS na comunidade, bem como o restante da equipe da UBS planejar, mensalmente, palestras educativas, para informar sobre os benefícios que traz este tipo de atendimento, bem como a detecção precoce das pessoas em risco de alguma doença. Relatar como UBS está organizada para prestar e facilitar cuidados para este grupo de pessoas, planejar ações, para informar sobre a existência do programa. Avaliar com uma base mensal nas reuniões de equipe. Responsável: Enfermeira

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos, capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização

Detalhamento: Na primeira semana planejar atividades educativas sobre o tema para os membros na equipe. Discussão dos casos para apresentar nas reuniões semanais e apresentar de acordo com os protocolos existentes, como devem ser realizadas essas ações. Durante as reuniões de equipe ensinar a ACS técnicas para atingir fazer de forma eficaz a busca de usuários que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. Apresentar propostas em reuniões semanais. Preparar e apresentar, na segunda semana o tema Política

Nacional de Humanização em uma reunião de equipe em que participem todos os membros envolvidos. Responsável: Médico.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso.

Meta 2.1: Realizar avaliação multidimensional rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Verificar mensalmente, o registro dos novos usuários que fizeram Avaliação Multidimensional Rápida, detalhando a mesma no registro de idosos de uma forma que nos permite dar acompanhamento. Responsável: Médico.

Organização e gestão do serviços: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen) e definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento: Fazer um levantamento, na primeira semana, das necessidades e através de a gestão municipal garantir balanças, antropômetros, Tabela de Snellen entre outros, estabelecer, de acordo com seu perfil, as funções de cada membro da equipe tem na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos. Responsável: Médico e enfermeira.

Engajamento público: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável e compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: Realizar, mensalmente, atividades educativas sobre o tema na UBS e nas comunidades, também nos grupos de atividade física e de saúde mental sobre a importância da realização destas avaliações para determinar de forma precoce os fatores de risco que podem causar o desenvolvimento de doenças crônicas e tratá-los. Fornecer informações para os idosos em consultas sobre a sua saúde e necessidades de comportamento para

que eles possam assumir a responsabilidade sobre sua própria saúde. Responsável: Médico e enfermeira.

Qualificação da prática clínica: Capacitar aos profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS, treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: Nos primeiros quinze dias da intervenção treinar todos os membros da equipe neste cuidado de acordo com protocolo de atendimento atual, utilizando-o como uma ferramenta para o trabalho diário. Fazer capacitação a toda equipe para realização da Avaliação Multidimensional Rápida e fazer discussões de casos frequentes, sempre que surgir, que nos permitem desenvolver o conhecimento para o bom encaminhamento dos casos que necessitem de avaliações mais complexa. Responsável: Médico.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Através do registro único para esses usuários, será controlado o comportamento de todos os indicadores de qualidade no atendimento. Analise numa base semanal, enquanto ser realizada as atenções. Responsável: Médico.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos e garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares e garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: Estabelecer, na primeira semana e de acordo com seu perfil, as funções que cada membro da equipe tem no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Discutir com os profissionais, quando um exame clínico não for realizado adequadamente. Planejar consultas para idosos

hipertensos e/ou diabéticos provenientes das visitas domiciliares, uma vez por semana e garantir na consulta médica a referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, planejamento de reconsultas, para fornecer acompanhamento adequado para a conduta tomada em outros níveis de atenção de forma permanente. Responsável: Médico.

Engajamento público: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Realizar ações educativas com a comunidade e usuários, de forma quinzenal nos diferentes grupos de trabalho identificando os fatores de risco cardiovasculares e neurológicos e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Responsável: Enfermeira.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas; O mesmo será realizado somente pelo profissional médico e ao restante da equipe será fornecida capacitação periódica, esclarecendo dúvidas que poderão surgir. Responsável: Médico

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados e realizados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Através de revisão de prontuários em cada consulta, e manter o controle deles no registro único para esses usuários. Responsável: Médico.

Organização e gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares e, com o gestor municipal, agilidade para a realização dos

exames definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: Realizada pelo médico conforme necessário e tal como exigido pelo programa nacional, Garantia de disponibilidade e preferência para idosos na realização dos exames e controle deles em uma folha separada anexa ao prontuário onde pôde-se avaliada a frequência na realização do mesmo e o comportamento de seus resultados em cada consulta. Responsável: Médico e Gestor Municipal.

Engajamento público: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados.

Detalhamento: Fornecer informações aos usuários, tanto em consulta como quando se realiza com eles alguma ação de saúde em quanto a necessidade e a periodicidade de realização de exames complementares. Responsável: Médico e enfermeira.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Durante reunião semanal de equipe, capacitar a mesma sobre o tema. Responsável: Médico.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: Em uma base mensal, através de controle estabelecido na farmácia sobre a existência e disponibilidade de medicamentos, sendo assim controlada em cada consulta a retirada de medicações. Responsável: Médico.

Organização e gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: O controle de estoque e validade de medicamentos é realizado por profissional responsável da farmácia com uma periodicidade mensal e Através do controle de hipertensos e diabéticos, repassar necessidade de

medicamentos e atualizar a lista ao profissional responsável pelo pedido de medicações. Responsável: Médico.

Engajamento público: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Sistemáticamente através da realização de palestras nos grupos e em consultas. Fornece esta informação através da rádio local, a traves do ACS e outros profissionais de saúde. Responsável: Enfermeira e ACS.

Qualificação da prática clínica: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: Fornecer informações atualizadas, nas reuniões de equipe semanal, aos membros da equipe em os diferentes protocolos de tratamento sobre HAS e DM, assim como orientar todos os membros sobre medicações e como adquiri-las. Discussões de casos. Responsável: Médico

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: Através dos ACS monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção, e informar em reunião da equipe semanal. Realização de visitas domiciliares de forma planejada. Responsável: ACS

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: Mensal, através das ACS, manter registros informatizados atualizados dos usuários acamados ou com problemas de locomoção. Responsável: ACS.

Engajamento público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Sistematicamente, através dos ACS na comunidade, bem como o restante da equipe da UBS, planejar ações, para informar sobre a existência do programa. Responsável: Enfermeira.

Qualificação da prática clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: Durante reunião semanal de equipe, capacitar os ACS sobre o tema. Responsável: Médico

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Segundo os intervalos estabelecidos pelo programa e de acordo com as necessidades individuais planejar visitas domiciliares e através do registro único para os usuários idosos e monitorar sua realização. Responsável: Médico.

Organização e gestão do serviço: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Durante reunião semanal de equipe. Responsável: Médico.

Engajamento público: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Através da realização das palestras nos grupos e em consultas. Através nos ACS dentro da comunidade. Responsável: ACS.

Qualificação da prática clínica: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção assim como para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: Através das reuniões da equipe semanalmente. Responsável: Médico.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica.

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, pelo menos anualmente.

Detalhamento: Através da revisão dos prontuários, com identificação em registro único para idosos e utilizando dados do SIAB. Atualização trimestral
Responsável: Médico

Organização e gestão do serviço: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: No início da intervenção capacitar a equipe sobre o acolhimento aos usuários idosos portadores de HAS e realizar contato com a gestora municipal para garantir disponibilidade dos recursos e materiais necessários para medida da pressão arterial. Responsável: Médico

Engajamento público: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: Quinzenal através de palestras e atividades de educação em saúde nos grupos, e sistematicamente em consultas Responsável: Médico.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: Capacitação durante reunião de equipe retirando dúvidas Responsável: Médico.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Monitoramento e avaliação: Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, pelo menos anualmente.

Detalhamento: Através da revisão dos prontuários, com identificação em registro único para idosos e utilizando dados do SIAB. Atualização trimestral. Responsável: Médico.

Organização e gestão do serviço: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM, garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde e criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Ao início da intervenção capacitar a equipe sobre o acolhimento aos usuários idosos portadores de DM e através de contato com a gestora municipal garantir disponibilidade dos recursos e materiais necessários para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. No arquivo específico para idosos manter o controle para aqueles que precisam fazer hemoglicoteste, sinal na ficha clínica do risco de DM. Responsável: Médico.

Engajamento público: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: Quinzenalmente através de palestras e atividades de educação em saúde nos grupos, e em consultas. Responsável: Enfermeira.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: Capacitação durante reunião de equipe retirando dúvidas. Responsável: Médico.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: Sistemáticamente realizar avaliação pelo profissional médico em consulta e identificação nas fichas dos idosos que precisarem de tratamento, informar a equipe e ao usuário sobre esta necessidade. Solicitar na equipe agendar consulta. Responsável: Médico.

Organização e gestão do serviço: Organizar acolhimento, cadastrar e oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: Na primeira semana de intervenção capacitar a equipe sobre o acolhimento a idosos segundo o protocolo estabelecido pela Unidade, conveniar com a gestão de escolher um dia da semana para atendimento médico prioritário para esse grupo e planejar um dia na agenda da saúde bucal para priorizar a atenção ao usuário idoso, sistematicamente garantir a conformidade com o registro de 100% dos idosos na unidade de saúde. Responsável: Médico.

Engajamento público: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento: Quinzenalmente através de palestras e atividades de educação em saúde nos grupos, e semanalmente em consultas. Responsável: Enfermeira e Médico.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Detalhamento: Capacitação durante reunião de equipe retirando dúvidas. Responsável: Médico.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Monitoramento e avaliação: Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: Semanalmente revisão dos prontuários odontológicos, identificando os que já possuem acompanhamento, manter o controle deles através de arquivo específico. Responsável: Enfermeira.

Organização e gestão do serviço: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde, monitorar a utilização de serviço odontológico, organizar agenda de saúde bucal e oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: Semanalmente, nas reuniões de equipe capacitar a todos os funcionários sobre o acolhimento dos idosos para acompanhamento odontológico, revisão dos prontuários e identificar com lembretes em formas de círculo aqueles usuários que não têm atendimento odontológico, na primeira semana da intervenção planejar um dia na agenda da saúde bucal para priorizar a atenção ao usuário idoso e o resto da semana de acordo com necessidades individuais. Responsável: Enfermeira e Médico.

Engajamento público: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde, esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais e ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Através de atividades de educação em saúde na comunidade e na UBS, em grupos já organizados, e mediante a participação de membros da comunidade em reuniões de equipe e grupos de trabalhos específicos manter a comunidade informada sobre os dias em que é realizada esse atendimento de forma priorizada, informar sobre a importância de manter uma boa saúde bucal. Responsável: Médico e Enfermeira.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para realizar acolhimento e captação de idosos de acordo com protocolo, realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico e Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para estes usuários.

Detalhamento: Capacitação durante reunião de equipe segundo ao protocolo de atendimento atual retirando dúvidas. Responsável: Médico.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: Desenvolver um registo informatizado com plano de consulta de acordo com protocolo atual, garantir que o usuário deixa a unidade com a sua próxima consulta agendada. Responsável: Médico.

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Planejar visitas domiciliares, pelos ACS, durante reunião semanal de equipe, para buscar faltosos a consulta e planejar um dia na agenda para priorizar a atenção aos idosos provenientes das buscas domiciliares e o

restante da semana de acordo com necessidades individuais. Responsável: Médico e Enfermeira.

Engajamento público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Quinzenalmente durante a realização de grupos e palestras na comunidade e mediante a participação de membros da comunidade em reuniões de equipe e grupos de trabalho específicos, através dos ACS na comunidade. Responsável: ACS e Enfermeira.

Qualificação da prática clínica: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Durante reunião semanal de equipe. Responsável: Médico.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Detalhamento: Através de revisão semanal e discutida nas reuniões de equipe. Responsável: Médico.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do SIAB atualizadas, implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos, pactuar com a equipe o registro das informações, definir responsável pelo monitoramento dos registros e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento: Garantir o envio de informações periódicas ao pessoal responsável pela atualização (mensal). Na primeira semana da intervenção, desenhar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos

idosos e apresentar o projeto para o gestor municipal para aprovação, pactuar com agentes comunitárias de saúde dia específico para registro e atualização das informações, definir profissional responsável pelo monitoramento e criar cadastro informatizado, única e independente para avaliar mensalmente o comportamento de diferentes indicadores. Responsável: Médico.

Engajamento público: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Quinzenalmente durante a realização de grupos, na comunidade e sistematicamente em consultas. Responsável: Enfermeira.

Qualificação da prática clínica: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: Durante reunião semanal de equipe. Responsável: Médico.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Monitoramento e avaliação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Semanalmente através de visita domiciliares realizadas pelas agentes comunitárias de saúde, avaliação da Caderneta dos Idosos, verificando os registros. Responsável: ACS.

Organização e gestão do serviço: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Na primeira semana da intervenção, através de pedido escrito, solicitando a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Responsável: Médico.

Engajamento público: Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: Durante visitas domiciliares, consultas e atividades na comunidade com apoio das ACS. Responsável: ACS e técnicos de enfermagem.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: Durante reunião semanal de equipe. Responsável: Médico.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: Através de revisão semanal de comportamento de indicadores em registros únicos específicos e discutida nas reuniões de equipe. Responsável: Médico.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: Na primeira semana da intervenção planejar um dia na agenda para priorizar a atenção ao usuário idoso e dentro deste grupo a idosos de maior risco de morbimortalidade o restante da semana de acordo com necessidades individuais. Responsável: Médico e Enfermeira.

Engajamento público: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Detalhamento: Na consulta realizada pelo profissional médico, além da pelo restante do pessoal de saúde em cada momento de atenção. Responsável: Médico e Enfermeira.

Qualificação da prática clínica: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento: Durante reunião semanal de equipe. Responsável: Médico.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Identificar estes idosos através de consultas e visitas domiciliares, informar a equipe durante reunião semanal e estabelecer calendário de visitas com as agentes comunitárias de saúde. Responsável: ACS e Enfermeira.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: Na primeira semana definir um dia na agenda para priorizar a atenção ao usuário idoso e dentro deste grupo a idosos fragilizados na velhice o resto da semana de acordo com necessidades individuais. Responsável: Médico.

Engajamento público: Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Detalhamento: Na consulta realizada por profissional médico, além de pelo resto do pessoal de saúde em cada momento de atenção. Nas comunidades pelos ACS. Responsável: Médico.

Qualificação da prática clínica: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Durante reunião semanal de equipe. Responsável: Médico.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Semanalmente através de dados obtidos pelas ACS e identificação de possíveis idosos com rede social deficiente, planejar visitas domiciliares e consultas para eles. Responsável: Médico.

Organização e gestão do serviço: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Planejadas de forma semanal em reuniões de equipe Responsável: Enfermeira.

Engajamento público: Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde, estimular na comunidade

a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: Na consulta realizada pelo profissional médico, além da pelo restante do pessoal de saúde em cada momento de atenção. Conscientizar a comunidade através de palestras sobre a importância da participação da pessoa idosa nas atividades comunitárias. Apoiar-nos em as ACS. Responsável: Médico.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: Durante reunião semanal de equipe. Responsável: Médico.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos e monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: Através de revisão semanal de comportamento de indicadores em registros únicos específicos e discutida nas reuniões de equipe Responsável: Médico.

Organização e gestão do serviço: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Na primeira semana estabelecer, de acordo com seu perfil, as funções de cada membro da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Responsável: Médico.

Engajamento público: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Quinzenalmente através de reuniões comunitárias, mediante a participação de membros da comunidade em reuniões de equipe e grupos de trabalho específicos e através dos ACS na comunidade. Responsável: Enfermeira.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação

saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira" e para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Durante reunião semanal de equipe. Responsável: Médico.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos e monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento: Através de revisão semanal de comportamento de indicadores em registros únicos específicos e discutida nas reuniões de equipe. Responsável: Médico.

Organização e gestão do serviço: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular, demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: Na primeira semana estabelecer, de acordo com seu perfil, as funções de cada membro da equipe na orientação para a prática de atividade física regular e convidar o gestor a participar nas reuniões de equipe para viabilizar parcerias. Responsável: Médico.

Engajamento público: Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Semanalmente orientar os idosos e a comunidade através de palestras sobre a importância da realização de atividade física regular. Apoiar-nos em as ACS. Responsável: ACS.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Durante reunião semanal de equipe. Responsável: Médico.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e avaliação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Através de revisão semanal de comportamento de indicadores em registros únicos específicos e manter controle delas. Responsável: Médico.

Organização e gestão do serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Ao início da intervenção combinar com odontóloga tempo de consulta necessário para realização de orientações em nível individual. Responsável: Médico.

Engajamento público: Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Sistemáticamente durante consultas, visitas e em grupos realizados na comunidade. Responsável: Médico.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Convidar odontóloga para reunião de equipe para orientações. Responsável: Médico.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1– Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2– Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para usuários com diabetes.

Indicador 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes.

Indicador 2.3: Proporção de usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8: Proporção de usuários idosos com hipertensão rastreados para diabetes.

Numerador: Número de usuários idosos com hipertensão rastreados para diabetes mellitus.

Denominador: Número de usuários idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4– Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 5– Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6– Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Como base para a implementação das ações propostas para a intervenção adotaremos o Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso do MS de 2006 e o protocolo Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do MS de 2010.

Para monitoramento e registro específico, a unidade não possui nenhum documento ou registro que nos permite manter um controle sobre os diferentes indicadores de qualidade preconizados pelo Programa. Portanto, para coletar os dados necessários será utilizada a ficha-espelho (Anexo C) disponibilizada pelo curso em que, no momento do atendimento, todas as ações relacionadas ao cuidado serão coletadas.

Será mantido um registro eletrônico em “Excel” para o controle das ações desenvolvidas junto ao grupo alvo, em que serão registrados os dados preenchidos na ficha-espelho, o que permitirá um controle adequado e rápido do comportamento do programa. O monitoramento e digitação dos dados serão realizados pelo especializando do curso (médico da unidade) auxiliado pela enfermeira. Esperamos alcançar pelo menos 70% de cobertura de todos os idosos em nossa área. Vamos apresentar a proposta ao gestor municipal para garantir a impressão das fichas-espelho em número suficiente para que cada usuário tenha a sua. Realizaremos uma avaliação das ações junto a equipe, quinzenalmente, em reunião.

O projeto já foi apresentado em reunião de equipe e a análise situacional da unidade foi discutida coletivamente. Nestes encontros avaliamos sobre a importância e levamos em conta os pontos fortes bem como a governabilidade da equipe em trabalhar com o foco da intervenção relacionado à saúde do idoso. Durante a primeira semana de intervenção, será realizada a capacitação da equipe para os temas pertinentes à saúde do idoso e esperamos a participação de todos os profissionais. No registro único, criado para os idosos usuários, será

mantido o controle de consultas planejadas, bem como controle dos usuários faltosos às mesmas.

Os ACS serão capacitados para a realização da busca ativa em visitas domiciliares, bem como para fornecer as orientações de prevenção e promoção à saúde a todos os idosos. A cobertura será monitorada pelas ACS por meio de uma planilha de controle de todos os idosos cadastrados na área. Para melhor registro das informações será realizada uma capacitação com a equipe com orientações para o adequado preenchimento das fichas-espelho e quanto aos itens que necessitam ser observados para os registros. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe.

O cadastramento será realizado por cada um dos membros da equipe, a partir da identificação de um novo usuário pelo ACS em visita bem como pelas visitas domiciliares pelos demais membros da equipe e aqueles que comparecerem para atendimento por demanda espontânea. O acolhimento será realizado no local específico da UBS pelos técnicos de enfermagem e pelo enfermeiro em qualquer horário de trabalho. Aqueles usuários que necessitam de atendimento de emergência serão atendidos no mesmo dia e para aqueles que vêm em busca de consultas para controle serão agendados caso não houver disponibilidade de horário para o dia. Quanto às necessidades individuais como consultas ou exames laboratoriais atrasados, avaliações anteriores incompletas e acompanhamento de condutas médicas anteriores, garantiremos que cada usuário ao sair da unidade sairá com a sua próxima consulta agendada. Será definido em reunião da equipe um dia da semana em que o usuário idoso terá atendimento priorizado além do atendimento diário.

Para melhor adesão ao programa serão criados pela equipe grupos de educação para usuários idosos, a serem realizados mensalmente nas dependências da UBS (Sala de Reunião). Participarão todos os membros da equipe, além de psicólogo, nutricionista, assistente social (dependendo das necessidades da reunião). Serão organizadas palestras sobre temas como: fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, sedentarismo, importância do exercício físico e seus benefícios, importância do diagnóstico precoce de doenças e situações de risco clínico, importância da avaliação odontológica, entre outros temas de interesse. Durante os encontros serão

realizados, pela enfermeira e pelas técnicas de enfermagem, a verificação de peso, pressão arterial antes das consultas, será elaborado também pela equipe cartazes informativos sobre saúde do idoso, distribuídos em pontos específicos da unidade. Será realizado também durante grupos da comunidade esclarecimentos sobre temas de interesse que possam surgir.

As consultas serão realizadas pelo clínico geral e será responsabilidade do enfermeiro realizar as medidas de peso, altura, PA, HGT se necessário, além de controle de vacinação e desenvolver questões de educação para a saúde, será responsável, além disso, da atualização do cadastro de idosos e monitoramento dos usuários que estão ausentes às consultas programadas e solicitar aos ACS para que realizem busca ativa deles. As consultas serão realizadas, com base no estabelecido pelo protocolo adotado para a intervenção, garantindo que sejam indicados os diferentes exames laboratoriais e estudos necessários, tal como preconizado pelo programa. Ao final da consulta, o médico indicará, de acordo com a necessidade, a data para a próxima consulta, será de responsabilidade dos técnicos de enfermagem examinar esta informação e assegurar o planejamento da consulta com o recepcionista, assegurando que o usuário saia da unidade com a sua próxima consulta agendada. Será realizado encaminhamento ao especialista para aqueles usuários que necessitarem de cuidados especializados. Através da gestão municipal garantiremos a disponibilidade adequada destes testes para usuários com mais de 60 anos.

Em relação ao acompanhamento do atendimento odontológico, será adotada a ficha-espelho para cada usuário. Esse tipo de atendimento terá lugar todos os dias da semana e no dia marcado priorizando a atenção ao grupo alvo de modo que o usuário saia da UBS com sua próxima consulta agendada, ou se necessário, com alta clínica. Também serão realizadas busca ativa dos usuários faltosos.

Serão realizadas visitas domiciliares semanalmente, em intervalos dependendo das necessidades de cuidados individuais. Participarão das visitas domiciliares o médico e a enfermeira e se for necessário, o técnico de enfermagem e o odontólogo. Além disso, serão realizadas visitas domiciliares pelos ACS para controlar e monitorar cumprimento das ações bem como orientações de promoção e prevenção à saúde. Devem ser identificados

devidamente os usuários que necessitam de atenção domiciliar como acamados, deficientes motores, entre outros com planejamento das visitas e a frequência será definida de acordo com as necessidades individuais de cada um. Serão realizados curativos, serviços de vacinas, acompanhamento de tratamentos e doenças à domicílio, quando necessário.

Do monitoramento dos dados e ações, a responsável no controle de todas as ações será a enfermeira, que fará controle mensal dos usuários atendidos, avaliando todos os registros e junto à equipe fará as buscas e intervenções necessárias. Além disso, semanalmente, em reuniões de equipe será discutido e apresentado o comportamento dos diferentes indicadores de qualidade durante o período. A planilha de coleta de dados (Anexo B) disponibilizada pelo curso será preenchida semanalmente durante a intervenção pelo médico especializando.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A população total da área adstrita é em torno de 5.806 pessoas para duas ESF com 581 idosos pertencentes à população alvo foco da intervenção. No início da intervenção, decidimos atingir uma cobertura de 70% dos cuidados de saúde para usuários com 60 anos ou mais. Esse valor foi planejado para ser alcançado durante 16 semanas, mas devido ao período de férias do especializando (coordenador da intervenção) e a não continuidade das ações por parte da equipe, a intervenção foi reajustada para 12 semanas, mas sem prejuízo às ações realizadas. No início da intervenção contamos com um bom número de ACS em nossa UBS, eles começaram a realizar o registro de novos usuários de forma gradual e sistemática, mas este fator foi modificado após uma reestruturação dos serviços de saúde na cidade e ficamos sozinhos com apenas um ACS para toda a comunidade, tornando difícil, de fato, alcançar as metas propostas.

A capacitação e treinamento de toda a equipe foi realizada no intuito de adotar o protocolo do Ministério da Saúde, capacitar e treinar os ACS e discutir com a equipe sobre os impactos potenciais da intervenção na comunidade. O treinamento da equipe de saúde foi realizado na unidade de saúde na sala de reuniões com a participação de todos os membros da equipe (médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS). Em algumas ocasiões também esteve presente a psicóloga e em outras, a assistente social. A equipe da ESF foi capacitada no início da intervenção, de acordo com o proposto no cronograma.

Para realizar este treinamento, usamos o espaço de reuniões de equipe realizadas semanalmente. Em cada uma delas o progresso da intervenção foi discutido e foram traçadas estratégias para resolver algumas das dificuldades encontradas durante o processo, entre as mais significativas destaca-se que no

início da intervenção a coleta de informação, que em algumas ocasiões, não foram precisas ou estavam incompletas. A realização destas reuniões permitiu uma avaliação sistemática no comportamento de todas as ações tomadas durante a intervenção, permitindo detectar irregularidades e agir sobre elas, para corrigir métodos de trabalho e obter bons resultados.

Também, além de avaliar o trabalho da semana anterior, o trabalho da nova semana era planejado, as necessidades de cuidados e serviços, planejamento das visitas domiciliares a idosos acamados, fragilizados e com dificuldades de locomoção. Este também foi um espaço permanente de formação para todo o pessoal da equipe. Também foi importante por facilitar o mapeamento dos idosos a serem acompanhados durante a intervenção, a partir de um maior contato com as ACS.

Este treinamento foi desenvolvido pelo médico geral, com a ajuda da enfermeira que faz parte da equipe e foi de grande importância, pois permitiu que os profissionais adquirissem e aprimorassem seus conhecimentos. Além disso, a discussão do protocolo adotado pelo Ministério da Saúde, nas capacitações, demonstrou o quanto ainda era preciso ser melhorado para que fosse oferecida uma assistência de qualidade e integral aos idosos. Os ACS foram treinados para as visitas domiciliares e mostraram-se receptivos e estimulados pelos conhecimentos adquiridos, pois perceberam a importância das suas atribuições na assistência às famílias da comunidade. Consequentemente, o vínculo entre família, ACS e unidade de saúde foi fortalecido.

Durante as reuniões de equipe, foi possível estabelecer e definir as atribuições de cada um dos membros da equipe. Para fazer um bom trabalho e obter o desempenho de qualidade foi necessário definir para cada membro da equipe quais seriam suas funções no processo de intervenção. A partir do trabalho de ACS, para de dentro da comunidade, identificar e monitorar novos usuários, busca ativa de idosos na medida do necessário até funções de recepcionista, técnicos de enfermagem, enfermeiros, pessoal médico e outros funcionários da UBS. Assim, foi possível que desde o momento da identificação de um novo caso, todo o pessoal estivesse pronto para incorporar o idoso no processo, e fluir corretamente até final de acompanhamento.

Através dos ACS foi possível mapear e cadastrar um grande grupo de idosos de nossa comunidade. Isso foi muito importante porque permitiu-nos a ter um

melhor controle dos usuários de nossa área de abrangência e este por sua vez, melhorou o atendimento oferecido a eles, nos permitiu planejar adequadamente e de acordo com as necessidades individuais o tipo de atenção necessária.

No início do nosso trabalho tivemos, na ESF, cinco ACS o que fez tornou mais funcional este processo, logo foi realizado em nossa cidade uma redistribuição das áreas e ficamos com apenas um ACS, tornando-se mais difícil este processo. Era necessário para atingir os objetivos estabelecidos criar novas estratégias para adicionar novos idosos na intervenção, através de líderes comunitários e vizinhos que nos ajudaram, de dentro da comunidade, atraindo novos idosos, olhando para grupos de trabalho na comunidade, igrejas, festas tradicionais, entre outros. Além disso, na unidade, todos os trabalhadores envolvidos neste processo, tanto com os idosos que vieram em busca de algum tipo de atenção, e dos seus locais de residência.

Encontramos muita vontade e interesse de trabalhar de todas as equipes com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados aos idosos. As ACS começaram o cadastro dos idosos da área adstrita uma vez iniciada a intervenção.

Foi possível fazer contato com as lideranças comunitárias explicando-lhes a existência e importância do programa, recebendo apoio das mesmas na busca de novos idosos e fornecendo espaços necessários para realizar palestras educativas na comunidade e nos diferentes grupos de idosos, espaços para realização de atividade física, entre outros. Em reuniões de equipe que foram realizadas semanalmente alguns desses líderes foram convidados a participar, foram discutidos e avaliados dados referentes ao projeto tais como: acolhimento dos idosos na UBS, idosos faltosos em consultas, planejamento das visitas domiciliares, atendimento odontológico, idosos acamados, fragilizados, qualidade da rede social, acesso aos exames laboratoriais, as especialidades médicas e acesso a farmácia avaliando os medicamentos em existência, sobretudo para idosos com hipertensão arterial, diabetes e outras doenças crônicas.

Os atendimentos clínicos e avaliações multidimensionais rápidas foram realizados pelos médicos das equipes. As enfermeiras foram responsáveis por executar a aferição da pressão arterial, realização do teste de glicemia (HGT), medida da altura, peso, além do controle da vacinação e desenvolveram questões de educação para a saúde. Além disso, foram responsáveis pela atualização do cadastro dos idosos e monitoramento dos idosos ausentes às consultas.

Todas as consultas médicas programadas foram realizadas, os idosos faltosos às consultas foram poucos e todos receberam busca ativa. Foi realizada integralmente todas as avaliações multidimensionais. A avaliação, digitação e monitoramento dos dados da intervenção fluíram de forma sistemática e sem problemas.

Quanto ao desempenho negativo, temos a proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática não realizada e isso é devido ao fato de que somente temos um odontólogo na unidade para prestar atendimento a toda a população da comunidade que apresenta grande demanda. Além do atendimento para a população pertencente à unidade, o serviço atende a usuários fora da área de abrangência. Também enfrentamos dificuldades para convencer aos idosos que usam próteses sobre a importância de serem frequentemente avaliados por um profissional odontólogo, mas muitos verbalizaram não querer atendimento por considerar desnecessário. Ainda, outros idosos mantêm acompanhamento na rede particular de saúde.

Ao terminar a consulta médica, os idosos saíam da consulta com a de retorno agendada. Além disso, sempre que necessário, os idosos tinham prioridade caso comparecessem na UBS por alguma necessidade de urgência.

As visitas domiciliares, como parte do atendimento clínico, foram executadas por todos os membros da equipe, sendo realizadas semanalmente pelo médico geral, enfermeira e técnicos de enfermagem. As visitas domiciliares eram planejadas durante a reunião semanal da equipe de acordo com as necessidades individuais e de acordo com o protocolo de acompanhamento. Esta ação permitiu-nos conhecer, de forma mais detalhada, o estado de saúde de cada um dos idosos, principalmente aqueles relacionados ao ambiente familiar, preocupações e outras situações difíceis de identificar em uma consulta na unidade. Isso nos permitiu identificar os fatores de risco relacionados ao meio ambiente e agir sobre eles para evitar complicações, além de criar um ambiente propício bem como interagir com a família, discutir questões que precisavam ser mudadas, como estilos de vida e hábitos alimentares.

O desempenho dos grupos de idosos foi muito satisfatória. No início da nossa intervenção foi planejado o trabalho semanal com este grupo, mas devido às dificuldades com ACS e da alta demanda de serviços e consultas da população em geral, foi necessário programá-los para a cada 15 dias. Foi criado o grupo "Turma de Coragem" compreendendo todos os usuários com 60 anos ou mais que queriam

participar e, principalmente, para aqueles idosos com necessidades de atenção emocionais e/ou sociais. Além disso, foi formado um grupo de idosos para fazer atividades físicas monitorado por um professor de educação física em nossa cidade.

Para desenvolver essas atividades, foram planejadas temas de interesse, principalmente relacionados a fatores de risco e estilos de vida pouco saudáveis, participaram o médico geral e enfermeiros utilizando métodos auxiliares, banners e em algumas ocasiões, meios audiovisuais. A participação dos idosos nesses grupos foi muito boa, demonstraram adesão ao grupo e aproveitaram a oportunidade para discutir questões e relatos de experiências pessoais.

Muitas foram as atividades de promoção de saúde desenvolvidas na comunidade, podemos citar as atividades educativas em relação à saúde bucal em que por meio de palestras nos grupos a comunidade foi informada sobre a importância de avaliar a saúde bucal comparecendo às consultas na UBS. A comunidade foi orientada em relação à importância da verificação da pressão arterial, realizando-se palestras nos grupos sobre os fatores de risco no desenvolvimento da hipertensão arterial, assim como dos fatores de risco responsáveis pelo desenvolvimento da diabetes mellitus destacando a importância de comparecerem às consultas e realizarem rastreamento da pressão arterial e HGT sobretudo em idosos com diagnóstico HAS ou com pressão arterial sustentada maior de 135/85mmhg.

Na primeira semana de intervenção foram capacitados todos os ACS sobre como realizar busca ativa aos idosos que, por algum motivo, faltassem a consulta médica previamente planejada. Conseguimos que em todos os casos a mesma fosse realizada com sucesso.

O monitoramento da intervenção foi realizado pelo médico especializando, juntamente com a enfermagem, os dados foram coletados por meio da ficha-espelho, registros em prontuários e uma vez por semana eram monitorados e digitados na planilha de coleta de dados. Em reuniões de equipe foram avaliadas o comportamento de cada indicador de forma periódica.

Este sistema permitiu-nos identificar, oportunamente, quando um indicador mostrava um comportamento que poderia ser melhorado e agir rapidamente sobre ele, além de permitir-nos, uma vez em reunião de equipe, discutir e apresentar os aspectos que deveríamos mudar ou que tínhamos que melhorar e, assim, a qualidade do atendimento era mantida.

Examinando as ações que estavam previstas para serem realizadas de acordo com o cronograma e que envolviam uma ação conjunta da equipe da UBS foram cumpridas integralmente e com certa facilidade.

Quanto à cobertura alcançamos um índice muito abaixo do esperado, pois tivemos dificuldades devido à falta de ACS para a busca e cadastramento dos idosos pertencentes à área, mas pretendemos dar continuidade ao desenvolvimento das ações para alcançar a todos os idosos pertencentes à unidade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não foi desenvolvida a distribuição das cadernetas de saúde dos idosos. Esta ação não aconteceu devido ao fato do Ministério da Saúde não ter concluído as novas cadernetas estando para serem implantadas em municípios pilotos ainda neste ano. A coordenação da Atenção Básica de Antônio Prado manteve contatos com a coordenação do Programa do Idoso do Ministério da Saúde solicitando informações sobre a distribuição das cadernetas no qual obteve como resposta que a caderneta está em fase preliminar e disponível em site do Ministério. Além disso, foi solicitado que o município de Antônio Prado, por possuir 100% de cobertura de ESF, poderia formar parte dos municípios pilotos e as cadernetas serem distribuídas. Embora as cadernetas estivessem disponíveis no site a equipe solicitou à secretaria a impressão das mesmas, mas devido ao custo elevado não foi possível.

A gestão municipal chegou a cogitar um financiamento próprio para a impressão gráfica dessas cadernetas, mas o contingenciamento de recursos para a atenção básica de saúde realizada pelo governo estadual impediu esta possibilidade. Com isso, não há previsão para a distribuição das mesmas.

Outra atividade não realizada foi o grupo de idosos previsto no cronograma para ser realizado semanalmente. Esta atividade foi realizada quinzenalmente pela falta de ACS para divulgação da ação e convite aos idosos.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto à coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores não tivemos nenhuma dificuldade. Cada profissional da equipe da UBS recebeu capacitação no

início da intervenção e todos desempenharam esta função satisfatoriamente. O uso da ficha-espelho e da planilha de coleta de dados para monitoramento da intervenção nós facilitou muito a coleta de todas as informações necessárias para avaliar o desempenho dos indicadores e também não apresentamos dificuldades. Durante os vários encontros que tivemos em reuniões de equipe, foi acompanhado o processo e nenhum problema foi identificado.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Felizmente conseguimos com que todas as ações fossem incorporadas à rotina de assistência da unidade de saúde. O Programa de atenção à saúde do idoso seguirá em andamento no município de Antônio Prado com a padronização destes atendimentos nas demais unidades de saúde do município, com aval da gestão municipal de saúde e com o apoio da comunidade. Penso que deve ser ampliada a participação do odontólogo no planejamento de atividades junto aos demais membros da equipe a fim de garantir que todos os usuários possam receber a avaliação e atendimento de forma eficaz.

As fichas-espelho que foram utilizadas durante a intervenção serão modificadas alterando o logotipo da UFPel para o brasão do município de Antônio Prado e o logotipo da Secretaria Municipal de Saúde. Essa é uma demanda da gestão para padronizar o atendimento que continuará sendo realizado em todo o município.

Encontramos muita vontade e desejo de trabalhar por parte de todos os membros da equipe. Foi muito importante para todos, pois a importância das ações desenvolvidas durante a intervenção incentivou a equipe em querer ampliar para as diferentes ações programáticas desenvolvidas na unidade com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados para os usuários, pois se verificou que a intervenção proporcionou um controle adequado e uma organização efetiva de todos os dados referentes aos usuários idosos, registros e cadastramento e que pode ser ampliado para as demais ações.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Em relação à cobertura, no primeiro mês foram cadastrados 74 idosos (12,7%), no segundo mês 141 (24,3%) e no terceiro mês 182 usuários (31,3%). Apesar dos problemas apresentados, o tempo e a falta de ACS, considero que o indicador apresentou comportamento aceitável. A continuidade do programa no município ampliará ainda mais o acompanhamento e cobertura desta população alvo.

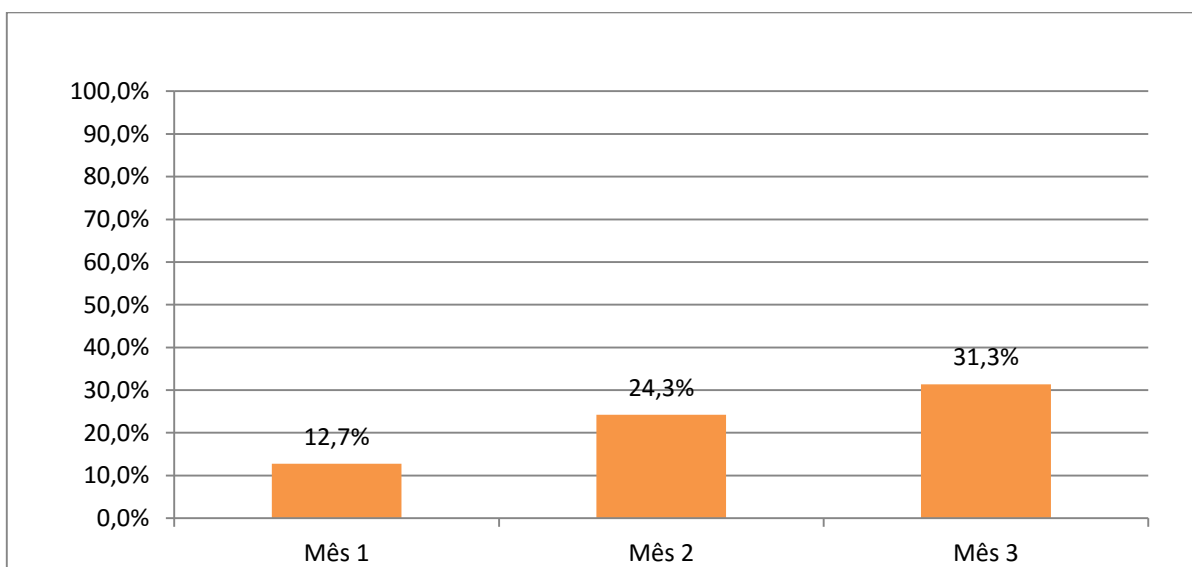


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Aparecida, Antônio Prado, RS, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso.

Meta 2.1: Realizar avaliação multidimensional rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Esta avaliação foi realizada em todos os idosos cadastrados (182) utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde, atingindo 100% para este indicador durante os três meses da intervenção, no primeiro mês foram avaliados 74 idosos (100%), no segundo mês 141 (100%) e no terceiro mês 182 usuários (100%). Para a realização da avaliação multidimensional rápida dos idosos primeiramente foram definidas as atribuições de cada profissional da equipe e foi garantido junto à gestão municipal balanças, antropômetros, Tabela de Snellen, entre outros materiais necessários para a realização da mesma pelos médicos e equipes de enfermagem.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Durante a intervenção foi necessário capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e definir as atribuições de cada membro da equipe no exame físico de idosos em geral e hipertensos e/ou diabéticos. Com isso, o exame físico, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos foi realizado pelos médicos da equipe e a medida da pressão arterial, HGT, peso e altura pela equipe de enfermagem em cada consulta. No primeiro mês foram submetidos ao exame clínico 74 idosos (100%), no segundo mês 141 (100%) e no terceiro mês 182 usuários representando 100% dos usuários cadastrados.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Dos 182 usuários inscritos na intervenção 79 deles foram encontrados hipertensos e/ou diabéticos, durante todo o processo foi possível realizar a todos um exame clínico completo, no primeiro mês foram solicitados exames complementares para 29 idosos (100%), no segundo mês 55 (100%) e no terceiro mês 79 usuários totalizando 100% em todos os meses da intervenção conforme o protocolo, isso foi possível porque, pois foi dada prioridade a esses usuários para executar e, assim, incluir as suas conclusões no âmbito da melhoria no controle deles.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

No caso dos idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, tivemos um indicador de 43,4% do total. Assim, 29 usuários no primeiro mês (39,2%), no segundo mês 55 (39,0%) e no terceiro mês 79 usuários totalizando 43,4% do total de idosos acompanhados que apresentavam necessidade de prescrição medicamentosa. Durante a intervenção, para aqueles usuários que ainda não faziam uso dos medicamentos disponibilizados pela Farmácia Popular, quando possível, realizamos o reajuste de medicamentos. Assim, solicitamos uma listagem atualizada dos medicamentos disponíveis na rede de Farmácia Popular para durante as consultas fornecer aos idosos que necessitavam de medicações a prioridade de prescrição de medicações disponíveis na Farmácia Popular.

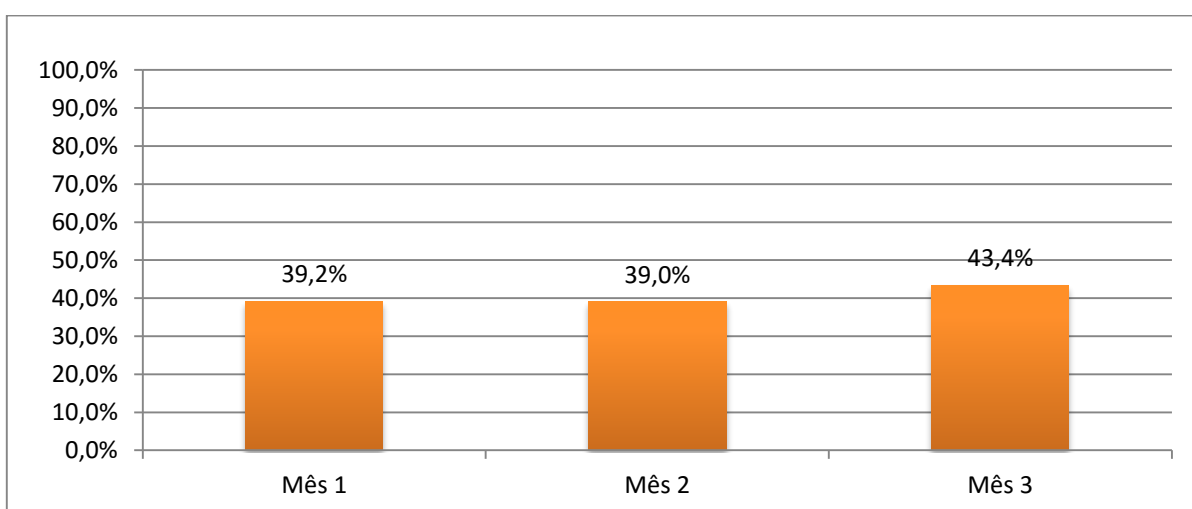


Figura 2 – Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Aparecida, Antônio Prado, RS, 2015.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados e/ou com problemas de locomoção cadastrados.

Em relação ao cadastro de idosos com problemas de locomoção e/ou acamados no 1º mês apresentamos dificuldade devido a implantação da intervenção, pois o município não realizava atividades de controle nesta área e também neste período a estratégia de saúde da família da UBS estava em etapa de organização de equipe e nos dois meses seguintes, com auxílio da comunidade, identificamos no segundo mês 4 de idosos acamados e/ou com problemas de locomoção e 7 no terceiro mês pertencentes à uma de nossas equipes de ESF. Todos (100%) foram cadastrados e inseridos no Programa. Pelo fato de não contarmos com os ACS na comunidade, durante a intervenção, não conseguimos identificar se havia mais algum outro usuário idoso com este perfil.

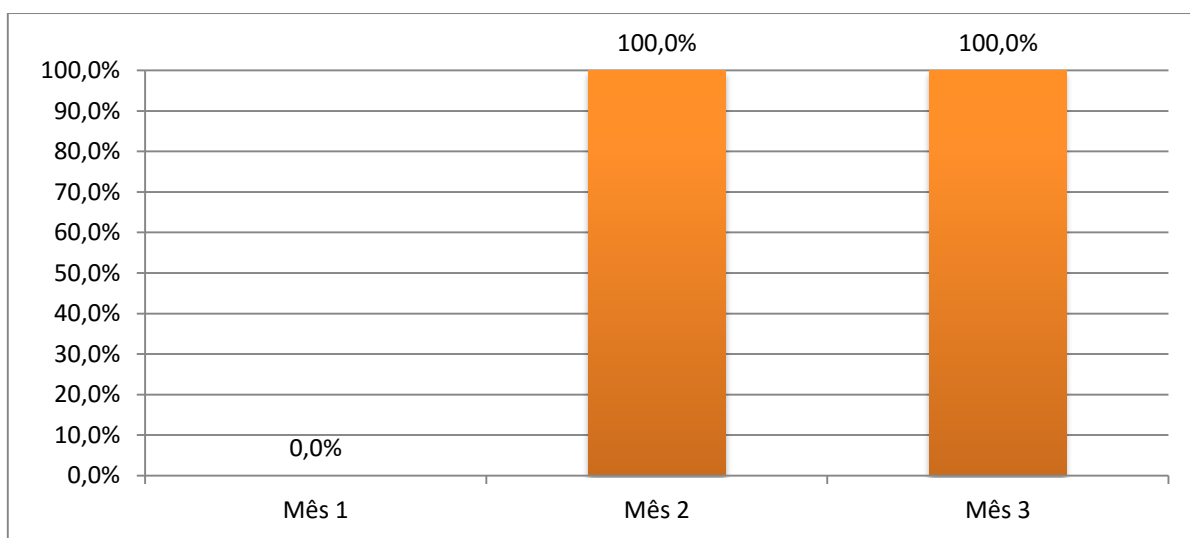


Figura 3: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na UBS Aparecida, Antônio Prado, RS, 2015.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Todos os usuários identificados na área de abrangência da Unidade como acamados e/ou com problemas de locomoção foram visitados em seus domicílios pela equipe e foram tomadas todas as medidas necessárias para o cuidado adequado. No primeiro mês nenhum idoso acamado e/ou com problemas de

locomoção foi acompanhado, no segundo mês foram identificados e cadastrados 4 idosos e no terceiro mês um total de 7 idosos foram acompanhados, totalizando 100% dos idosos cadastrados com esse problema.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica.

Indicador 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Em relação ao rastreamento dos idosos com hipertensão, no primeiro mês foram avaliados e rastreados 74 idosos (100%), no segundo mês 141 (100%) e no terceiro mês 182 para um 100%. No acolhimento, pela equipe de enfermagem, verificando pressão arterial e em consulta pelo médico realizando os exames necessários, prescrições de medicamentos, orientações em geral e a avaliação da presença ou ausência de fatores de risco para esta doença.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus.

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Setenta e cinco idosos dos 79 hipertensos participantes da intervenção foram rastreados para diabetes pela equipe, 4 usuários foram previamente diagnosticados com diabetes, 25 usuários no primeiro mês (100%), 51 no segundo (100) e 75 no terceiro mês totalizando 100% ao longo de todos os meses da intervenção. Realizamos controle das taxas de glicemia por meio de hemoglicoteste e solicitamos exame de glicemia em jejum e hemoglobina glicada como exames complementares. Em caso de resultados com valores alterados eram confirmados através de teste de tolerância a glicose.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Todos os idosos participantes da intervenção receberam a avaliação odontológica por parte dos médicos das equipes, no primeiro mês 74 idosos (100%), no segundo mês 141 (100%) e no terceiro mês 182 usuários (100%) sendo que os que necessitavam do atendimento foram orientados para agendamento para o atendimento com o odontólogo da UBS.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

A realização da primeira consulta odontológica foi o indicador de pior desempenho durante a intervenção, pois somente foi possível avaliar no primeiro mês 21 idosos (28,4%), no segundo mês 30 (21,3%) e no terceiro mês 32 usuários (17,6%) de 182. Isso foi devido ao fato de que somente contamos com um odontólogo que atende a demanda de toda a população da comunidade e esta é muito grande além de atender a usuários fora da área de abrangência. Ainda, enfrentamos dificuldades para convencer alguns idosos sobre a importância de serem avaliados pelo odontólogo mesmo fazendo uso de próteses, pois a maioria acredita não ser necessário essa avaliação quando fazem uso de próteses. Outros idosos são acompanhados por serviços da rede particular de saúde. Infelizmente o odontólogo não pertence à equipe de ESF e isso prejudica o trabalho interligado prevalecendo uma visão clínica para o tratamento aos usuários.

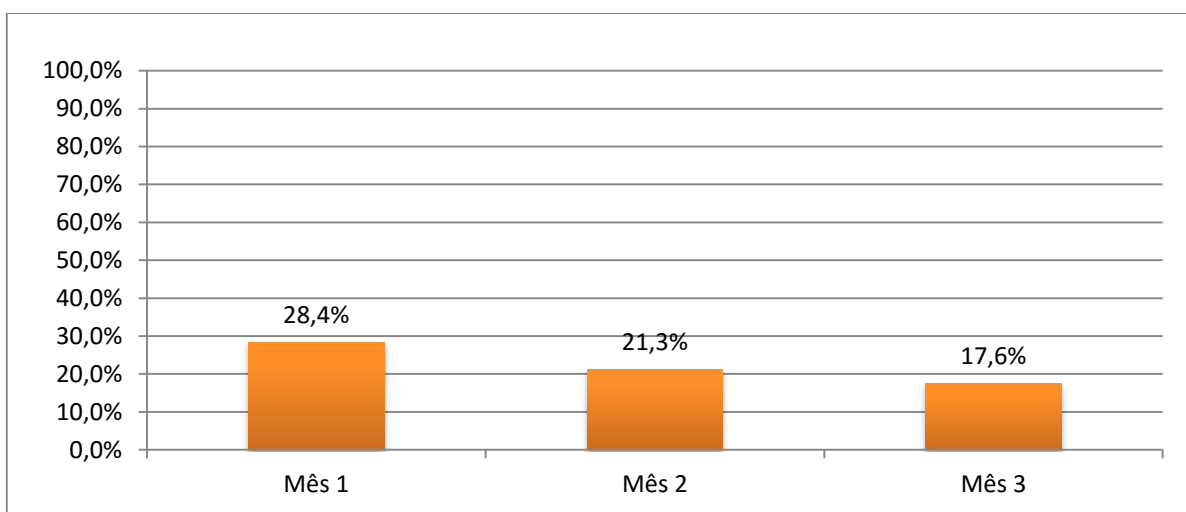


Figura 4 – Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na UBS Aparecida, Antônio Prado, RS, 2015.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Ao longo de toda a intervenção apenas 5 idosos faltaram a consulta previamente agendada. Estes 5 idosos faltaram no primeiro mês e todos (100%) receberam busca ativa. Não houve faltosos nos meses seguintes da intervenção.

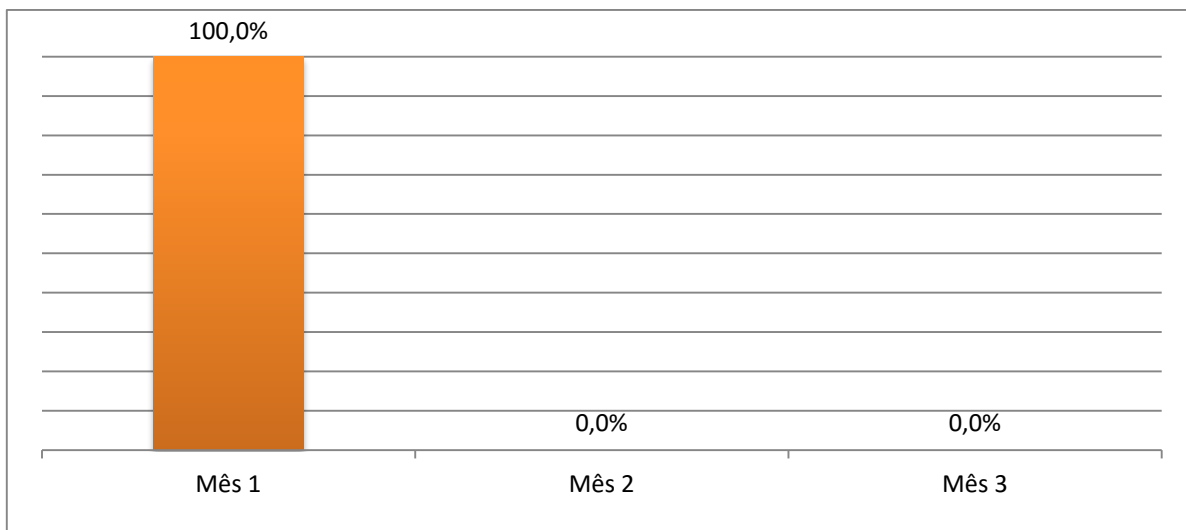


Figura 5 – Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na UBS Aparecida, Antônio Prado, RS, 2015.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Em relação ao preenchimento da ficha-espelho obtivemos ótimos resultados. No início da intervenção toda a equipe foi orientada de como realizar o adequado preenchimento e, semanalmente, durante as reuniões de equipe foi discutido sobre o preenchimento da ficha-espelho, esclarecimento de dúvidas e discussão de novas ideias, o que colaborou para os resultados. No primeiro mês 74 idosos (100%), no segundo mês 141 (100%) e no terceiro mês 182 usuários representando 100% dos idosos cadastrados com registro em dia na ficha-espelho.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Este indicador foi o segundo com pior desempenho, Foi distribuído a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa no primeiro mês a 22 idosos (29,7%), no segundo mês a 38 (27%) e apenas a 53 usuários de 182 (29,1%) até o final da intervenção. A distribuição de novas cadernetas não aconteceu devido ao fato do Ministério da Saúde não ter concluído as novas cadernetas estando para serem implantadas em municípios pilotos ainda neste ano. A coordenação da Atenção Básica de Antônio Prado manteve contato com a coordenação do Programa do

Idoso do Ministério da Saúde solicitando informações sobre a distribuição das cadernetas em que obteve como resposta que a caderneta está em fase preliminar e disponível no site do Ministério. Além disso, foi solicitado que o município de Antônio Prado, por possuir 100% de cobertura de ESF poderia formar parte dos municípios pilotos e as cadernetas serem distribuídas. Embora as cadernetas estejam disponíveis no site a equipe solicitou à secretaria a impressão das mesmas, mas devido ao alto custo devido ao número de páginas não foi possível a mesma.

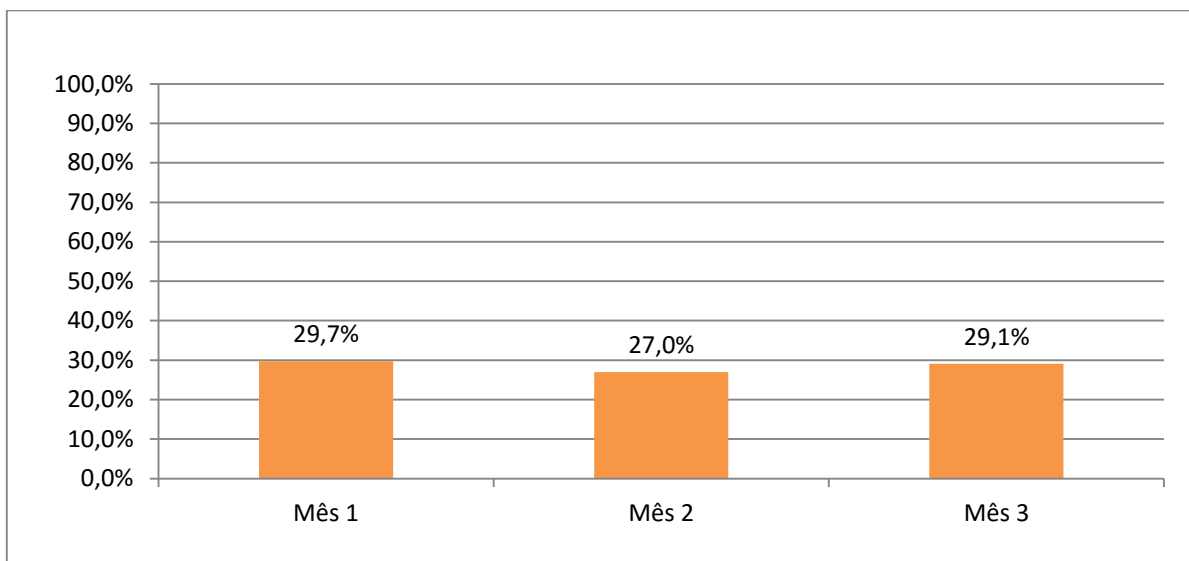


Figura 6 – Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na UBS Aparecida, Antônio Prado, RS, 2015.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Ao longo do primeiro mês um total de 74 idosos (100%), no segundo mês 141 (100%) e no terceiro mês 182 idosos, representando 100% dos idosos cadastrados, foram avaliados durante consulta médica na UBS ou em visitas domiciliares para identificar fatores de risco, tais como tabagismo, sedentarismo, dislipidemias, entre outros. Fundamentalmente, aqueles usuários portadores de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença cérebro vasculares, entre outras foram alvos de uma investigação mais aprofundada.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Durante todas as consultas e visitas domiciliares os idosos foram avaliados não somente pelo médico, mas por toda a equipe em relação a fragilização que os mesmos apresentavam como: risco de queda, de hospitalização, incapacidade de realização das atividades diárias, entre outras. Se identificadas tais fragilidades, era realizada orientação ao idoso e sua família, discutidos os casos nas reuniões de equipe para garantir um atendimento individualizado. Esse indicador manteve 100% de conformidade, no primeiro mês 74 idosos (100%), no segundo mês 141 (100%) e no terceiro mês 182 (100%) idosos foram avaliados.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Todos os idosos participantes da intervenção foram avaliados por toda a equipe em relação a rede social, no primeiro mês 74 idosos (100%), no segundo mês 141 (100%) e no terceiro mês 182 para um 100%. As principais responsáveis pela avaliação no início da intervenção foram as ACS porque elas possuem maior vínculo e contato com os idosos, mas depois foi realizada por toda a equipe durante visitas domiciliares e em momentos de consultas através de relatos dos idosos e durante a realização da consulta em que abordamos itens relacionados ao vínculo com familiares, amigos e/ou cuidadores.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

No primeiro mês 74 idosos (100%), no segundo mês 141 (100%) e no terceiro mês 182 idosos totalizando 100% de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis ao longo de todos os meses da intervenção. Foram orientados em relação aos hábitos alimentares saudáveis, durante consultas e também em grupos realizados na comunidade.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

No primeiro mês 74 idosos (100%), no segundo mês 141 (100%) e no terceiro mês 182 para um 100%, foram orientados em relação à prática regular de atividade física, durante consultas e também em grupos realizados na comunidade. Foi criada na comunidade um grupo de usuários idosos com o único propósito de fazer exercício físico. “Grupo Movete” que trabalhou semanalmente às quartas-feiras.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Do total de idosos que participaram da consulta odontológica, no primeiro mês foram 21 idosos (100%), no segundo mês 30 (100%) idosos e, no terceiro mês 32 (100%) idosos receberam orientação sobre higiene bucal. Estas orientações foram fornecidas durante consulta médica por meio de dicas sobre a realização da higiene bucal, incluindo temas como: higienização de próteses, quantidade de escovações, uso correto do fio dental, alimentos saudáveis entre outras orientações e esclarecimento de dúvidas apresentadas pelos idosos e/ou familiares. Foram também realizadas atividades educativas na comunidade e na sala de espera da UBS em relação a saúde bucal.

4.2 Discussão

Ao fazer uma avaliação qualitativa dos resultados obtidos durante a intervenção, a intervenção contribuiu para a expansão da cobertura de cuidados de saúde para toda a população com 60 anos ou mais, foi possível, graças a ela, melhorar a qualidade dos cuidados já oferecidos em nossa unidade e também nos permitiu ter um melhor controle desse grupo etário e controlá-los e classificá-los de acordo com seus fatores de risco além de planejar seus cuidados, dependendo das necessidades individuais de cada usuário.

A intervenção realizada colaborou para o fortalecimento da união da equipe. Quando a proposta foi apresentada em reunião todos os participantes da equipe de alguma maneira colaboraram com o desenvolvimento e aprimoramento do projeto. Além disso, ela também permitiu a todos os membros da equipe, organizar o seu trabalho de acordo com as funções individuais de cada um, desde que o usuário entrou no sistema através da ACS, recepcionista ou técnicos de enfermagem,

peçoal especializado como médico, enfermeiros e dentistas. Foi também de grande importância para adquirir e aperfeiçoar novos conhecimentos à equipe, onde foi estudado o Manual de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do MS (Brasil, 2006). Este processo facilitou uma melhor organização de todos os membros da equipe que teve um impacto positivo sobre o desenvolvimento das ações remanescentes que são realizadas em nossa unidade.

Quanto à importância do desenvolvimento desta intervenção para o serviço, considero muito importante notar que antes da nossa intervenção, a atenção que estava sendo oferecida para os idosos era claramente clínica, se o usuário estava se sentindo doente, em seguida, ele ia para a unidade e recebia a atenção para sua doença. Tentamos, em primeiro lugar, para humanizar o atendimento oferecido a eles, e também, tentamos dar uma abordagem pública e preventiva a esta atenção, nossa intervenção contribuiu como uma estratégia de reorganização da atenção à saúde em nosso serviço. Melhorou a forma do registro e o agendamento dos usuários idosos bem como para os usuários em geral. A classificação de risco permitiu, atenção individualizada e prioridade que foi dada a esse importante grupo de usuários com maior risco oferecendo serviços de prevenção, promoção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar.

No início da intervenção foi possível apresentar as características do projeto para os membros da comunidade que têm um grau de influência no seio da população, isso foi muito importante devido ao fato de que eu precisava de ajuda para implementá-lo. Essas pessoas ficaram muito felizes com isso, porque em nossa área há um predomínio de usuários com mais de 60 anos em relação ao restante da população mais jovem e eles estavam precisando de alguma coisa assim. Graças a essas pessoas e, a princípio, aos ACS, o nosso trabalho foi bem divulgado e não apresentamos problemas ao priorizar sua atenção nas consultas, bem como a possibilidade de realização de análises laboratoriais para controle de doenças e fatores risco. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos usuários sem cobertura, esperamos chegar a 100% deles com a adição de novos ACS em um curto espaço de tempo.

A intervenção realizada proporcionou também um melhor acompanhamento por parte de toda a equipe aos idosos, conseguindo estabelecer vínculos maiores com a mesma, proporcionando assim uma melhor qualidade ao atendimento prestado na unidade para estes usuários. As orientações realizadas pelas equipes

nos grupos de idosos, grupos de hipertensos, diabéticos e saúde mental foram de grande importância para reconhecer os fatores de risco e tentar modificá-los para o benefício de sua saúde.

Além de todos os benefícios mencionados acima eu acredito que há coisas que poderia ter sido feito e não fizeram, bem como outras poderiam ter sido feita de uma forma melhor. Se fosse realizar a intervenção novamente, começaria com a busca dos idosos, o cadastramento e o engajamento dos mesmos na participação de grupos, considero que para caracterizar uma área ou grupo de usuários devemos primeiro conhecer o universo deles para avaliar adequadamente os indicadores. Devido à falta de ACS isso não foi possível e tivemos de trabalhar apenas com estimativas e dados não reais. Seria necessário, em primeiro lugar, mobilizar toda a equipe para a comunidade para garantir 100% de registros. Além disso, tentaria envolver outros profissionais para o desenvolvimento das atividades educativas coletivas. Convidaria a psicóloga, nutricionista e assistente social para participar das ações desenvolvidas na intervenção sensibilizando-os também a realizar visita juntamente aos domicílios, sobretudo, a idosos acamados e com dificuldades na rede social. Outra ideia que surgiu no início e que nós não poderíamos materializar foi realizar grupos em horários alternativos para contarmos com a presença de integrantes da família dos idosos orientando-os sobre a importância da realização deste atendimento com o objetivo de proporcionar-lhe uma melhor qualidade de vida aos mesmos.

Felizmente a UBS dará continuidade ao programa de atendimento aos idosos, fazendo uso das fichas-espelhos utilizadas durante a intervenção as quais serão modificadas e ficarão sem o logotipo da UFPel, mas sim, com o brasão do município de Antônio Prado. As equipes continuarão com as atividades educativas na comunidade, nos grupos de idosos, acolhimento e cadastro dos mesmos para aumentar a sensibilização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção aos idosos, em especial os de alto risco.

Apesar de ter terminado a coleta de dados para o nosso trabalho final, a intervenção continua, temos um grande desafio a partir daqui, em primeiro lugar alcançar uma maior cobertura de cuidados ao usuário idoso e, em seguida, aplicar os mesmos métodos para outros grupos populacionais, também importante e vulnerável em termos de fatores de risco como hipertensão, diabéticos, gestantes, crianças e, finalmente, melhorar a qualidade do atendimento para toda a população.

5 Relatório da intervenção para gestores

Através deste relato, viemos demonstrar a realização da intervenção na UBS Aparecida de Antônio Prado, realizada por 12 semanas, com início em abril de 2015 tendo como público alvo a população idosa atendida na UBS. A intervenção foi motivada, após a verificação de que no Município não tinha um controle sobre a saúde dos Idosos. Inicialmente foi capacitada a equipe de saúde, com o Manual Atenção Básica a Saúde do Idoso preconizado pelo MS.

Em relação ao acesso e acolhimento dos idosos teve a finalidade de facilitar e melhorar o atendimento, com isso as equipes foram orientadas a realizarem busca e orientações a todos os idosos da área, apresentando a eles as vantagens e benefícios do acompanhamento realizado na UBS.

Para o sucesso da intervenção, realizaram-se diversas atividades, controle rigoroso em relação às consultas com médico e odontólogo, orientações sobre diversos temas durante consultas e em grupos. Com estas atividades conseguimos um melhor controle destes idosos, podendo assim fazer o cadastramento de idosos de riscos, com vulnerabilidade, abandono afetivo e social, entre outros aspectos. Nos grupos formados de atividade física e saúde mental realizamos atividades de promoção e prevenção à saúde para mudar os estilos de vida desta população, oferecendo-se atividades educativas sobre nutrição, saúde bucal, tabagismo; palestras sobre doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, câncer de mama, câncer de colo de útero, e depressão entre outras.

Sendo assim conseguimos com a intervenção realizada proporcionar ações de qualidade ao atendimento a idosos, melhoramos o controle da situação de nossa área de abrangência em relação ao número de idosos cadastrados, realizando o acompanhamento de sua situação de saúde, colaborou também para o

fortalecimento e união da equipe para o sucesso do projeto, criou-se um vínculo de confiança e afetividade principalmente com este público.

Os indicadores avaliados mostraram que o número de idosos acompanhados no primeiro mês da intervenção foi de 74 idosos aumentando assim gradativamente a cada mês, 141 no segundo mês e 182 no terceiro mês (31,3%). Os outros indicadores revelaram uma tendência positiva. Segue abaixo os indicadores de qualidade mais importantes com alcance de 100% de meta:

1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia. 100% dos idosos cadastrados.
2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia. 100% dos idosos cadastrados.
3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. 100% dos idosos cadastrados.
4. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar. 100% dos idosos cadastrados.
5. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta. 100% dos idosos cadastrados.
6. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes. 100% dos idosos cadastrados.
7. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. 100% dos idosos cadastrados.
8. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. 100% dos idosos cadastrados.
9. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/ espelho em dia. 100% dos idosos cadastrados.
10. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. 100% dos idosos cadastrados.
11. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. 100% dos idosos cadastrados.
12. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. 100% dos idosos cadastrados.
13. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. 100% dos idosos cadastrados.

14. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. 100% dos idosos cadastrados.

15. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal. 100% dos idosos cadastrados.

Outros indicadores, apesar de não ter alcançado 100%, foram parcialmente cumpridos:

1. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada – 43,4% do total.

2. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática – 17,6% do total.

3. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa – 29,1% do total no final da intervenção.

As orientações demonstraram-se de grande importância durante todo o desenvolvimento da intervenção, sendo sempre esclarecidas dúvidas ou inseguranças que afetavam ao idoso ou até mesmos seus cuidadores e família. Toda a equipe da unidade mostrou-se engajada com a intervenção, sempre pensando na melhoria ao atendimento a este público.

Aproveitamos para sugerir ao gestor que se mantenha empenhado para fornecer aos idosos a Caderneta de Saúde dos Idosos, para assim conseguirmos continuar com o controle após a intervenção. Solicitamos também que após a construção do protocolo municipal de saúde do idoso este seja implementado em todas as equipes.

Felizmente conseguimos, durante a nossa intervenção, que, todas as ações permanecessem incorporadas na rotina de trabalho da unidade, garantindo assim a continuidade do trabalho, apesar de ter concluído o processo de coleta de informações para a apresentação de trabalho final. A intervenção foi de grande valia, por conseguinte, melhorou o controle desses usuários e melhorou o registo das informações, além disso, promoveu uma mudança na maneira como lida-se com os usuários, com ênfase na prevenção de saúde e não no tratamento de doenças.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS Aparecida, Antônio Prado, RS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Vimos através deste relato expor à comunidade da UBS Aparecida a intervenção realizada durante o decorrer de 12 semanas, tendo como público alvo nossos idosos.

Com esta intervenção conseguimos realizar o cadastro de quase todos os idosos que vivem na área de abrangência da unidade. Também melhoramos o acompanhamento e atendimento dos mesmos, onde toda a equipe foi capacitada para que isso ocorresse. Proporcionando a intervenção um atendimento integral aos idosos, por todos os integrantes da Unidade de Saúde, realizando consultas de acompanhamento, atendimento à saúde bucal, melhoria no acesso e acolhimento, visitas domiciliares pela equipe o que facilitou o agendamento das consultas, exames laboratoriais e de forma geral melhorando a atenção a este grupo em especial.

Durante o período foram implantadas fichas específicas para verificar a qualidade do atendimento realizado para um bom acompanhamento e proporcionando uma melhor qualidade ao atendimento dos moradores da área de abrangência.

Durante a realização da intervenção foram realizados com os idosos grupos educativos, com participação de todos os membros da equipe abordando vários assuntos: nutrição, saúde bucal, tabagismo, palestras sobre doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, câncer de mama, câncer de colo de útero e depressão entre outras avaliações constantes de seu estado de saúde, verificando a realização de vacinas, dos exames, do comparecimento em consultas tanto médicas como odontológicas, também facilitando o acesso dos mesmos a marcação de consultas e o agendamento de exames. Proporcionando a nossa comunidade, uma

maior responsabilidade em relação aos seus cuidados de saúde, sendo assim alcançando uma melhor qualidade de vida.

Felizmente, todas essas ações estão incorporadas na rotina de trabalho da unidade, por isso, apesar de finalizarmos a intervenção para o curso, o trabalho será mantido e continuaremos com todos os esforços para melhorar a qualidade de vida deste grupo populacional. Informamos a comunidade que pretendemos estender essa atenção aos demais grupos populacionais como saúde da mulher, da criança, hipertensos e/ou diabéticos.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS Aparecida, Antônio Prado/RS.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A realização deste curso de Especialização em Saúde da Família contribuiu muito para o meu desenvolvimento como médico de saúde da família, ajudou-me a ter um conhecimento muito mais amplo sobre a prevenção e promoção da saúde, sendo um dos objetivos fundamentais da atenção primária à saúde.

A intervenção realizada na UBS proporcionou um fortalecimento da união da equipe, onde todos tiveram participação na adequação da intervenção a unidade, todos aprenderam juntos sobre a atenção à saúde do idoso, com isso nos proporcionou um conhecimento mais profundo e concreto sobre este tipo de atendimento. Ajudou-nos a fazer uma avaliação integral desses usuários, sabendo de suas limitações, fatores de risco que poderiam estar influenciando o aparecimento da doença em si. Também permitiu um melhor controle dos idosos com diagnóstico de doenças crônicas conseguindo-se melhor controle delas prevendo-se assim futuras complicações e com isso podendo disponibilizar, aos nossos idosos, orientações sobre sua saúde e sobre sua responsabilidade com este processo.

Além do referido acima, o curso e as ferramentas que ele nos proporcionou, estudos da prática clínica, a realização de Teste de Qualificação Cognitiva (TQC) e materiais de estudo, permitiu aprofundar e melhorar os nossos conhecimentos sobre temas relacionados com a saúde, a prática clínica e as características de funcionamento do sistema de saúde no Brasil. Espaços de intercâmbio, como os fóruns e pontos de encontro, permitiu-nos trocas de ideias, pontos de vista e experiências de trabalho com os colegas do curso, o que reforça ainda mais o nosso trabalho e nos dá uma nova ferramenta para lidar com as diferentes situações que podem ocorrer no trabalho diário.

A realização da especialização me proporcionou um maior conhecimento sobre ESF e sobre os princípios fundamentais do SUS, foi um desafio para nossas

vidas profissionais, e nos ajudou a entender que com dedicação, empenho e apoio da gestão podemos trazer mudanças para a saúde da população melhorando a qualidade de vida.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

Anexos

Anexo A – Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr ^a Prof ^a Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Dural Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	

Anexo B – Planilha de coleta de dados

2014_11_06 Coleta de dados Idosos - Microsoft Excel

Calibri 11

Quebrar Texto Automaticamente

Mesclar e Centralizar

Formatação Condicional

Formatar como Tabela

Estilos de Célula

Inserir

Excluir

Formatar

AutoSoma

Preencher

Limpar

Classificar e Filtrar

Localizar e Selecionar

Edição

Área de Transf...

Fonte

Alinhamento

Número

Estilo

Células

A4

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1

Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso está acamado ou tem com problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1												
2	2												
3	3												
4	4												
5	5												
6	6												
7	7												
8	8												
9	9												
10	10												
11	11												
12	12												
13	13												
14	14												
15	15												
16	16												
17	17												
18	18												
19	19												
20	20												
21	21												

Pronto

PT 01:30 21/07/2015

Continuidade da planilha de coleta de dados

2014_11_06 Coleta de dados Idosos - Microsoft Excel

Calibri 11

Quebrar Texto Automaticamente

Mesclar e Centralizar

Formatação Condicional

Formatar como Tabela

Estilos de Célula

Inserir

Excluir

Formatar

AutoSoma

Preencher

Limpar

Classificar e Filtrar

Localizar e Selecionar

Edição

Área de Transf...

Fonte

Alinhamento

Número

Estilo

Células

A4

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1

Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O idoso tem primeira consulta odontológica programada?	O idoso faz uso de consultório bucal vivo?	O idoso que faz uso de consultório bucal vivo?	O idoso está com o registro no fich. cadastro em dia?	O idoso tem a Cuidados da Saúde da Pessoa Idosa?	O idoso está com avaliação de risco para mortalidade em dia?	O idoso está com avaliação de risco para fragilização em dia?	O idoso está com avaliação de rede social em dia?	O idoso está com avaliação de risco para saúde bucal em dia?	O idoso recebeu orientação para melhorar a qualidade de vida regular?	O idoso recebeu orientação sobre a prevenção de quedas em dia?	O idoso está com orientação sobre a prevenção de quedas em dia?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1														
2	2														
3	3														
4	4														
5	5														
6	6														
7	7														
8	8														
9	9														
10	10														
11	11														
12	12														
13	13														
14	14														
15	15														
16	16														
17	17														
18	18														
19	19														
20	20														
21	21														
22	22														
23	23														
24	24														
25	25														
26	26														
27	27														
28	28														

Pronto

PT 01:31 21/07/2015

[illegible]

Anexo D – Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante

(Fotos autorizadas)



Momento de reunião com os idosos



Momento de reunião com os idosos



Momento de palestra educativa para os idosos



Momento de palestra educativa para os idosos